Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 11

The Conditions for a Sustainable Public Health System in Canada

by

Louis M. Imbeau
Laval University

Kina Chenard
Laval University

Adriana Dudas
Laval University

August 2002

The views expressed herein are solely those of the authors and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada.

103-00513/

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Introduction 1

The Sustainability of the Health System 2
- The Capacities of the Health System 2
- Health Needs 3
- Intergenerational Equity 4
- Conclusion: For an Integrated Perspective on the Sustainability of the Health System 5

Impact of Political and Economic Environment on Capacities of a Public Health System to Meet Needs 6
- International Context: Governments Faced with Fiscal Crisis 6
- Privatization Agenda: Reduce the Role of the State While Privatizing Health 8
- The Stronger Central Government Agenda: Weaken the Provincial Governments by Reducing Their Revenues 11
- Conclusion 13

From Financial Capacity to Organizational and Epistemic Capacities: The Teachings of Economic Theory 15
- Neo-classical Theory 15
- Agency and Incentives Theory 16
- Convention Theory 17
- Conclusion: Simplicity or Realism 20

Overall Conclusion 21
- Observations 21
- Recommendations 22

Notes 23

Bibliography 24

Highlights

The sustainability of the health system depends on the financial, organizational and epistemic capacity to respond adequately to the health needs of current generations without compromising the system's ability to meet the needs of future generations. Today, changes in these capacities are being influenced by two political agendas in the discussions centred around health care reform: the agenda advanced by supporters of health system privatization; and the agenda advanced by those who support a stronger federal role vis-à-vis the provinces. By focussing on debt repayment and tax cuts, supporters of privatization are undermining provincial governments' ability to counter the negative effects that the drastic elimination of public deficits had on the health system's capacities. Proponents of a stronger federal role are doing likewise by delaying restoration of federal transfers to the provinces to the levels they had occupied before the budget cuts aimed at wiping out the federal deficit. Economic theories on the health system show us that the fundamental assumptions on which they are constructed determine the recommendations that can be drawn from them. The reform proposals made by the supporters of privatization stem from neo-classical theory, which emphasizes the system's financial capacity and overlooks the other types of capacity. The advantage of agency theory is that it factors in the health system's organizational capacity. The proposals made by supporters of a stronger federal role are more in line with this theory. To include epistemic capacity, agency theory must be complemented with a more realistic – and hence more ethically acceptable – theory, i.e., convention theory, which holds that the sustainability of the health system can be assured only if the rules/conventions that have developed over the years between patients, physicians, managers and governments are followed. Attacking these rules would result in a loss of trust between the stakeholders in the system and generate costs in excess of the savings that might eventually be reaped. Allocation of financial, organizational and epistemic resources is efficient when based on trust.

Executive Summary

The sustainability of the health system depends on the financial, organizational and epistemic capacity of Canadian society to respond adequately to the health needs of current generations without compromising the ability to meet the needs of future generations. This argument has three implications: 1) financial, organizational and epistemic capacities are essential and closely linked; 2) defining the demand for health care is a matter of ethical choices; and 3) intergenerational equity demands that we look beyond public debt and deficit considerations to incorporate protection of the organizational and epistemic capacities of Canada's health system. In recent years, a domestic and international environment favouring budget restrictions, debt repayment and tax cuts has placed a great strain on the health system's capacities.

The political and economic environment surrounding Canada's health system has changed considerably over the past decade: two political agendas now influence the discourse concerning health care reform. Under the guise of fiscal discipline, proponents of privatization have succeeded in imposing the following priorities: fiscal balance, repayment of the public debt and tax cuts. In the process, they have undermined provincial governments' capacity to counter the negative effects that the drastic elimination of public deficits had on the health system's financial, organizational and epistemic capacities. For their part, proponents of a stronger federal role vis-à-vis the provinces have, under the guise of promoting national unity, exerted the same budgetary pressures on the provincial governments by changing the levels of the fiscal transfers to the provinces and their allocation rules, and by unduly delaying restoration of these transfers to their early 1990s levels. The situation has produced strange bedfellows, since it is in both camps' interests to weaken the provincial governments. On the other hand, the reforms they are proposing are far from consistent with the explicit agenda to reform Canada's health system with an eye to improving it. The direct impact of this dynamic is a weakening of the health system in terms of its capacities – not only financial but organizational and epistemic as well – to respond to the health needs of current generations and to ensure the survival of the system for future generations. In this context, the sustainability of a public health system in Canada is not assured.

But how could such an attack on the sustainability of the Canadian health system have been justified solely on the basis of fiscal discipline? Or, as a corollary, how could the objectives of protecting the system's financial capacity have caused us to lose sight of its organizational and epistemic capacities? Economic theories might prove useful in answering this question, since they shed light on the causal relations linking a social system and its environment. Health economics proposes three main theories: neo-classical; agency and incentives; and convention. An analysis of the assumptions underlying these theories shows us that to realize the importance of a system's organizational capacity, one must move beyond the dominant economic theory (neo-classical) and adopt the perspective of agency theory, since neo-classical theory tends to focus solely on financial capacity. Furthermore, to take into account the health system's epistemic capacity, agency theory must be combined with convention theory.

Our study has led us to make five observations. 1) While necessary, sound management of the health system's financial resources is not enough to ensure its sustainability. Any reform of financial management must first be assessed on the basis of its impacts on the system's organisational and epistemic capacities. 2) Too much fiscal discipline can be counterproductive.

When budget rules do need to be applied, they must emphasize as much as possible an incentive rather than coercive approach. 3) Trust is the cornerstone of the health system. The least costly and most efficient means of reforming the health system and ensuring its sustainability is to observe the conventions linking the system's main actors. 4) There are risks of disruption in budgetary convention in Canada, both within organizations and in federal-provincial relations. If we continue requiring budget spenders to play the role of guardians and to worry more about balanced budgets than quality of services, we run the risk of distancing them too much from their primary role, which is to improve the quality and quantity of care. 5) It is essential to involve in the decision-making process specialists from fields other than economics and accounting (health specialists and social systems specialists). With the best of intentions concerning financial capacity, our accountants run the risk of weakening the system's organizational and epistemic capacities and thus setting it on the road to ruin. It would not be the first time that sorcerers' apprentices have created chaos while trying to put the house in order.

From these observations, we have formulated five recommendations:

1. Make it a priority to rapidly restore the level of federal funding for the health system by earmarking budgetary surpluses for health before paying down the debt or cutting taxes. This will enhance the system's capacity to respond to the public's health needs.

2. Reaffirm in no uncertain terms the five fundamental principles of Canada's health system (universality, accessibility, portability, comprehensiveness and public administration) and continue to insist that the provinces meet these criteria as a sine qua non for federal funding. This will preserve public trust in our political institutions and in the health system.

3. The Canada Health and Social Transfer (CHST) should be the tool of choice for funding the health system, rather than the transfer of tax points. In this way, the federal government will maintain the leverage it needs to influence the evolution of the health system in the provinces.

4. Encourage research on budgetary convention in health organizations with a view to identifying the best ways of ensuring optimum allocation of financial resources without undermining organizational and epistemic capacities, and with a view to increasing the trust of the managers and health stakeholders within these organizations.

5. Support social research on the health system, in particular on the interaction among financial, organizational and epistemic capacities.

Introduction

The aim of this paper is to answer the following question: How does a political environment geared to balancing budgets, paying down the debt and cutting taxes impact on the preservation or sustainability of the health system? We will proceed in three stages. First, we will address the notion of health system sustainability and demonstrate that it depends on the system's financial, organizational and epistemic capacities to respond to the health needs of current generations without compromising the system's ability to meet the needs of future generations. Second, we will describe Canada's political and economic environment and show that the forces at work and the international context have undermined at once the system's financial capacity and its organizational and epistemic capacities. Third and last, we will ask ourselves what could have justified such an attack on the health system's capacities. We will show that, by stressing organizations' financial capacity, the prevailing economic theory neglects the organizational and epistemic aspects of the health system's capacity, and that there are other economic theories that take these aspects into account. In conclusion, we will argue that there are certain threats to the preservation of the Canadian health system, we will identify a few principles that should be followed in order to enhance its sustainability and we will formulate recommendations in this regard.

The Sustainability of the Health System

Currently, there are two opposing schools of thought in the health world: a capacity perspective, which Moreau, Berthod-Wurmser and Béchon (1992, 205) call the OECD vision, and a needs perspective, which the same authors identify as the WHO vision. These competing viewpoints can be found in that portion of the specialized literature devoted to defining the concept of sustainability. Indeed, two meanings of this concept share centre stage in this debate, with each bringing a different perspective to health and the health system.[1] The first meaning is built on a biological analogy. It sees sustainability as the ability to last. In French, the definition given in the *Petit Larousse* ("viable: ce qui *peut* vivre") [viable: that which *is able* to stay alive], reproduced in a recent publication of the Canadian Medical Association (CMA), speaks to this central notion of an organism's *ability* to live or survive. Obstetrics, for example, talks in terms of a "viable" fetus, i.e., a child capable of living and developing outside the mother's womb. The second meaning of sustainability is built on an ecological analogy and views the concept as one of sustainable development. According to the Brundtland Commission, sustainable development is "development that meets the *needs* of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs" (Harrison 2000, 2). Thus the ecological analogy stresses two important dimensions: needs and intergenerational equity. So we have two perspectives, which, far from conflicting, complement each other. A sober analysis of the sustainability of Canada's health system requires us to take into account the system's capacities, Canada's health needs and intergenerational equity.

The Capacities of the Health System

The current discourse on the health system focusses to a great extent on its funding, testifying to the indispensable role of financial capacity as a cornerstone of a system's sustainability. Indeed, no organization can survive without financial resources. The goods and services it consumes cost money. But there are other capacities that are also essential to a health system's survival and development.

A social system cannot exist without organizational capacity, in other words, without the resources required to ensure cohesive decision-making structures. By this we mean the rules or standards that define the roles that each of the actors is required to play within the organization, and the actors' conformity to these standards. Standards and conformity to standards produce a division of labour and a cohesiveness that ensure the quality of the services offered by the organization. The division of labour produced by these standards increases dramatically the scope of what the system can do. The cohesiveness that these standards create among the members of the organization ensures that a cohesive product is offered. Division of labour and cohesiveness are, in the final analysis, the main sources of efficiency.

In addition to the financial and organizational capacities, there is the epistemic capacity – without this, no health system is feasible. This capacity has to do with the knowledge and competencies acquired through formal training or through experience and learning, and which provide actors with a framework for assessing the situation to which they must react in order to

identify which course of action to take. This framework refers both to technical knowledge acquired through scientific research and to normative knowledge acquired through experience.

Thus we have three types of capacity that ensure the system's sustainability. There are two things we should point out here. First, each of these capacities is essential in preserving the system. No health system can survive in the absence of financial, organizational or epistemic capacities. If one is missing, the entire system comes crashing down. Second, these three types of capacity are not independent of one another. If one is changed there can be a major impact on the others. Thus financial, organizational and epistemic capacities are essential and closely linked. But why seek to preserve a health system if not to meet the health needs of the public? If one is to have a useful discussion on the sustainability of the health system, one must first discuss needs.

Health Needs

A sustainable health system is one that meets the health needs of the population. At first blush this may appear simple, but it is not. What, in fact, is a health need? For a long time we have distinguished between essential needs, i.e., those having to do with nature, and non-essential needs, i.e., those having to do with culture. Jean-Jacques Rousseau, for example, distinguished natural needs from artificial needs and John Maynard Keynes made a distinction between absolute and relative needs. Although attractive from an intellectual standpoint, this distinction is of little use to us because when it comes to defining health needs in terms of demand for care, the nature-culture distinction becomes blurred. When all is said and done, the needs-based demand for health care is a question of cultural artefact. To prove this point, let us deconstruct the notion of state of health according to the arguments of economist Sophie Béjean.

State of health is often defined in terms of morbidity. The process starts when the patient evaluates his own health. This evaluation, based on a psychological thought process and a social conception of health and illness, determines the perception this individual has of his need for medical services. This perceived morbidity is transformed into diagnosed morbidity through the coding carried out by the medical profession and the health apparatus. Diagnosed morbidity represents [TRANSLATION] "the outcome of a supposedly objective scientific procedure [...] In the end, it appears to be a reflection more of the institution, the health apparatus or the physician formulating this diagnosis than of the state of health it is supposed to describe" (Béjean 1994, 109). Indeed, diagnosed morbidity, as the physician's coding, can differ greatly from perceived morbidity as well as objective morbidity, since the discomfort felt by the patient can go unrecognized by the physician, just as an illness might not be felt by the patient.

And so the process of moving from need to demand for health services involves three steps: first, the morbidity felt by the patient is expressed; next, this need is codified by the physician (diagnosed morbidity); last, the physician translates this diagnosed morbidity into demand for care. Objective morbidity is a long way away from demand for care. A series of factors come into play between the two, including the psychological and social representations of illness and health on the part of the patient and the physician, the pressures brought to bear by the health system on the physician in terms of service availability, advances in medical and pharmaceutical

research and the physician's knowledge thereof, etc. State of health and, even more so, demand for health care are not simply a product of nature. They are social constructs in which the health system is directly involved. Consequently, any modification of the system's financial, organizational or epistemic capacities is likely to influence the demand for health care. This is what economists call supply inducing demand.

Intergenerational Equity

In addition to capacities and needs, the sustainability of a health system involves intergenerational equity. The question we must ask ourselves is this: Do we have obligations to future generations? Are we responsible for the impact that the decisions we take today will have on our grandchildren and perhaps on theirs? If we accept that all human beings continue, in the future, to have rights concerning the availability of adequate health care, some of the decisions we take today might violate these rights, regardless of who these future human beings will be. Thus these people could argue that they have been deprived of the right to health on account of the policies adopted in the past Consequently, certain decisions made today might be bad for future generations, from an ethical standpoint.

There are two things we need to consider here. The first has to do with health system funding, a topic that has occupied centre stage in the recent discourse surrounding the efforts to eliminate Canada's deficit. Is it fair for us, the current generations, to benefit from a series of health services while future generations get stuck with the bill for these services in the form of the annual deficit and public debt? Borrowing to pay health costs is tantamount to shifting the burden of payment onto those who will have to pay off the debt, a sort of a negative inheritance. From the standpoint of intergenerational equity, there is no question that the health system must be funded through taxes, and the temptation to borrow must be resisted. When it comes to investments, however, debt financing is acceptable from the perspective of intergenerational equity. But investments are not confined to real estate and equipment.

This brings us to the second question raised by intergenerational ethics: What are our responsibilities toward future generations in terms of the organizational and epistemic capacities of the health system they will be inheriting? The level of health we enjoy and the quality of health services of which we can avail ourselves today are the product of the efforts made by past generations. Had Pasteur and his contemporaries not made their discoveries in the field of microscopic life, Flemming would have been unable to discover penicillin. Had Semmelweis and his contemporaries not discovered the role of hygiene in transmitting what they called puerperal fever, we would not have succeeded in bringing the perinatal death rate down to almost zero. The quality of the care from which future generations will benefit depends in large part on the investments we make today in the organizational and epistemic capacities of the health system. In this regard, we can view the extensive cuts in nursing staff – aimed at "restoring" fiscal health – as a disinvestment in the health system's organizational and epistemic capacities. From the point of view of intergenerational equity, these measures were deleterious because, all things considered, failing to protect these investments constitutes negligence on our part, and our inaction could come back to haunt future generations.

Conclusion: For an Integrated Perspective on the Sustainability of the Health System

The preceding discussion should convince us of the futility of contrasting the capacities perspective with the needs perspective. Each of these two visions tells only part of the story. If we want to see the big picture, we must adopt an integrated vision whereby the sustainability of the health system depends on the financial, organizational and epistemic capacities to adequately meet the health needs of today's generations without adversely affecting future generations. This way of looking at things suggests that the definition of demand for health care depends in large part on the health system's capacities, and that intergenerational equity requires that we look beyond deficit- and debt-related considerations to integrate protection of the organisational and epistemic capacities of Canada's health system. From that angle, one is justified in asking what impact an environment characterized by fiscal discipline, debt repayment and tax relief might have on the future of Canada's health system. That is the question we will now address.

Impact of Political and Economic Environment on Capacities of a Public Health System to Meet Needs

Canada's recent history is marked by two major events that turned the country's political and economic environment upside down. The first escaped public attention. In 1991-92, credit rating agencies downgraded the Government of Saskatchewan's rating several times in succession, to the point where the provincial government almost failed to meet its borrowing needs. This brush with bankruptcy was seen as a wake-up call by balanced-budget crusaders in the federal and provincial governments. The ensuing campaign to wipe out the deficit profoundly transformed Canada's budgetary and fiscal landscape. Under the pretext of "fiscal discipline," provincial bureaucracies were co-opted to advance the political agenda of supporters of a reduced State role in society through privatization of Canada's health system. The second event affected the vast majority of Canadians. In the referendum of 1995, 49.5 percent of Quebeckers supported sovereignty. This brush with constitutional crisis was seized on by many as an opportunity to do battle with the defenders of provincial autonomy. On the pretext of "national unity," the federal bureaucracy was co-opted to advance the political agenda of those advocating a stronger central government. The impact of both political agendas was to facilitate the adoption of measures that, officially, sought to restore fiscal health with a view to strengthening over the long term the financial capacity of the federal and provincial governments to assume their functions adequately but which, in actual fact, seriously damaged the financial, organizational and epistemic capacities of the health system. To understand the impact of this climate of fiscal discipline, debt repayment and tax reduction, it is necessary to shed light on these two agendas, the first originating in the international context and the second in Canada's domestic political situation. We will begin by discussing the international context before examining the substance and effects of the privatization agenda and of the stronger central government agenda.

International Context: Governments Faced with Fiscal Crisis

Government efforts at reducing deficits, cutting taxes and paying down the debt must be seen within the international context of recurrent budgetary deficits and the growing public debt in all the industrialized nations. But make no mistake: economists do not all speak with one voice concerning the importance and potential effects of this situation. Indeed, in its report on fiscal discipline in the American federal system, the Advisory Council on Intergovernmental Relations (1987) indicates that normative discourse concerning deficits can be grouped into five schools of thought:

1. *The deficit is an illusion*, some economists argue. According to them, if the public sector used the same accounting rules as the private sector, the American federal deficit would become a surplus;

2. The deficit "problem" is an illusion. The deficit has no significant impact on interest rates and inflation rates;

3. Large recurrent deficits represent a significant economic problem. But this is a recent phenomenon, resulting from the convergence of a number of political events, and the political system will likely solve this problem shortly through administrative changes, changes in the majorities holding power or pressure brought to bear by stakeholders and the public;

4. Deficits are a problem resulting from how the decision-making process is structured. Solving this problem requires certain limited reforms in the rules governing decision making;

5. Deficits result from a major structural defect that requires radical reform.

In this battle of rhetoric, it was the most alarmist positions which prevailed in the court of public opinion, the result being that in the 1990s, fiscal discipline and control of public finances became a priority objective in most OECD countries. In Sweden, for example, the "rebuilding program" initiated in 1994, aimed at ending the cycle of budgetary deficits, reduced the overall level of transfers to households while at the same time increasing the tax burden. In the United Kingdom, fiscal belt-tightening has been one the main factors affecting the shift in social policy in recent years. Switzerland and the United States also embarked upon a process aimed at balancing the books over the medium term, while the Maastricht Agreement saw the countries of the European Union pledge to limit their deficits. In most of the cases, the belt-tightening imposed a reduction in spending on social programs and, in particular, on public health programs. Indeed, these programs take up a large part of the budget, and it is often argued that restoration of fiscal health would be impossible without reducing health spending.

On this front, Canada does not stand out from the other OECD countries. The need, already recognized prior to the 1990s, to moderate health spending stemmed from both the convergence of outside pressures and from four internal factors:

- The growing portion of the provinces' overall budget earmarked for health: the opportunity costs associated with such an increase translate into a reduction in the resources allocated to other public services, like education and housing;

- The recession of the early 1990s reduced the provinces' fiscal capability;

- The observation that a rise in health spending would not bring about a corresponding improvement in public health, especially when considering such indicators as infant mortality rate or life expectancy at birth;

- Where Canada ranked in relation to other countries in terms of health spending. In 1987, the OECD ranked Canada first for the volume of per capita health spending among countries with a public health system.

It is not surprising that, in a context such as this, those calling for privatization of Canada's health system were able to lend so much visibility to their agenda.

Privatization Agenda: Reduce the Role of the State While Privatizing Health

For all intents and purposes, the 1990s saw the federal and provincial governments adopt a right-wing agenda. For one thing, they now share the conviction that balancing the budget is an absolute priority, and their experience in eliminating the deficit has convinced them that they are able to impose this fiscal agenda. For another thing, they seem to have gained the certainty that cutting taxes and paying down the debt are essential to economic growth. The combination of these two elements destabilized the health system by undermining its financial, organizational and epistemic capacities to the point where the system's sustainability is now in doubt.

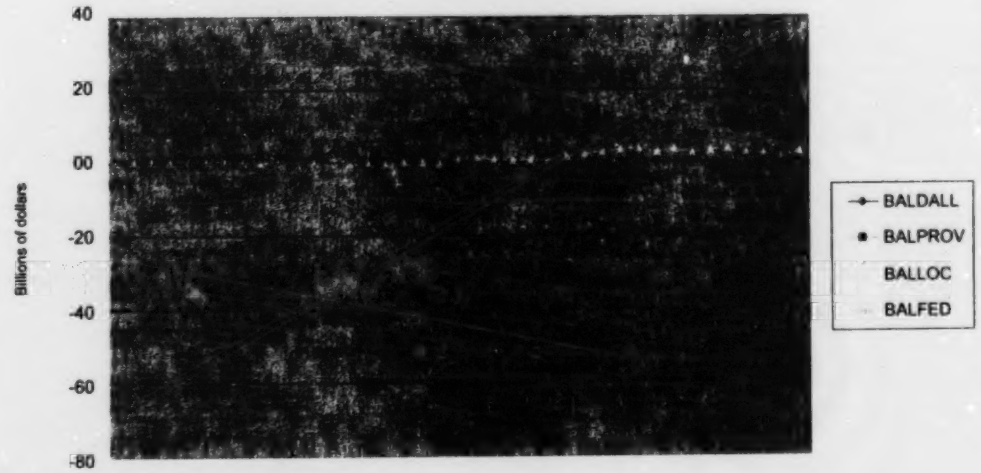
The period between 1992 and 1997 saw a reduction in program spending. In the wake of the scare experienced by the Government of Saskatchewan in 1992, the federal and provincial governments adopted one by one a series of draconian spending reduction measures aimed at eliminating their deficits. The result: the combined deficit of public administrations in Canada, which had sat at nearly $60 billion in 1993, had completely disappeared by 1997 (Figure 1). As of 2001, only British Columbia and Nova Scotia are still grappling with a significant deficit. Among the 19 leading OECD countries, Canada rose during this period from the fourth to the first quartile in terms of fiscal balance. It is now one of the five countries with the highest annual budget balance (Richards 2000).

The fiscal restraint that made this possible affected almost every sector of activity. In Quebec, for example, only the budget of the ministère de la Famille et de l'Enfance escaped the budget cuts of 1995-97. The budget of the ministère de la Métropole was chopped by 67 percent, the budget of the ministère des Transports by 40 percent and those of the ministères du Conseil exécutif, du Revenu, et des Régions et affaires autochtones by more than 30 percent. Health spending was cut by 4 percent, or $521 million. In absolute terms, the other hardest-hit sectors were education (-$1078 million) and transportation (-$621 million). A similar picture could be painted for most of the provinces from 1992 to 1997.[2]

Not only did the governments in place at the time prioritize balanced budgets by slashing their spending, but they also imposed this priority on their successors by passing "anti-deficit" laws – some of them draconian. Starting in 1993, six provinces passed laws limiting the capacity of future provincial governments to introduce budgets that show a deficit. Some of these statutes require balanced budgets annually, while others require balanced budget plans over the medium term. Some also include concrete measures to pay down accumulated debt. The Manitoba legislation even provides for penalties in the event of budgets that show a deficit: Cabinet members' annual salaries would be reduced by 20 percent the year after the government ran the deficit, and by 40 percent if the deficit continued. It also requires that any income, sales or payroll tax increases be approved by a referendum (Millar 1997). In short, a series of legislative measures have lent weight to the idea that balancing the budget has become an absolute priority.

Thus governments showed that they were capable of imposing the measures required to achieve their fiscal balance objectives. Because even though the budget cuts caused considerable pain, they generated little in the way of public reaction. Massive downsizing in the public and parapublic sectors was met with barely a murmur from the unions. Compared to the 1970s, union

Figure 1
Budget Balance of Public Administrations in Canada, 1961-1999



BALALL = all public administrations
BALPROV = provincial administrations
BALLOC = local administrations
BALFED = federal administrations

mobilization was anemic. The nurses' unions in Saskatchewan and Quebec, which defied the provincial legislation, quickly fell back into line in the face of the provincial governments' resolve.

In addition to the budget cuts and anti-deficit legislation, Ottawa and all the provinces proclaimed tax cuts (Ort and Perry 1999), and most of the governments that achieved budget surpluses earmarked a portion for debt repayment. In other words, in addition to cutting spending, government revenues were reduced. The official rhetoric to the effect that the budget cuts were ad hoc measures and that the attendant decrease in services was temporary proved to be less than truthful. For by attacking government revenues it made a return to previous spending levels difficult, if not impossible.

These fiscal restraint policies disrupted the health system by directly affecting its financial capacity to meet the needs of the public. Provincial governments' health envelopes had increased by an average of 9.7 percent a year between 1976 and 1991. But starting in 1992, the provinces began to reduce their investments in health, such that between 1993 and 1996, their per capita spending on health declined year by year, from $1,700.90 per person in 1992 to $1,651.72 in 1996 (a decrease of 2.9 percent). Starting in 1997, the trend reversed itself but by 2001, health spending had yet to regain the pace of the increases it had seen from 1976 to 1991 (see Table 1). The severity of these fiscal restraint measures varied from province to province but all, with the exception of Newfoundland, saw their spending on health decrease in absolute terms; in 1994, Alberta reduced its spending by 8.9 percent. In this regard, Alberta stands clearly apart from the

Table 1
Year-by-year Changes in Health Spending by Provincial Governments, in Current Dollars per Capita, by Province (as a Percentage)

	1976-1991*	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998-2001**	Severity***
Alberta	9.7	4.6	-2.6	-8.9	-6.2	3.3	8.6	9.5	17.7
Saskatchewan	10.7	-1.5	-6.2	1.1	1.8	2.1	6.4	7.1	7.7
Nova Scotia	10.0	1.0	-3.1	-3.5	1.6	0.8	17.4	4.9	6.6
Ontario	10.0	3.4	-2.2	-0.6	-2.3	-0.4	0.6	6.6	5.5
Quebec	9.1	2.9	1.2	0.8	-0.4	-4.0	2.3	5.1	4.4
Prince Edward Island	9.3	3.0	3.4	-3.3	0.5	3.8	-0.1	6.8	3.4
New Brunswick	10.6	3.2	0.9	2.8	3.7	-0.2	-1.8	7.6	2.0
Manitoba	9.8	4.2	-1.1	-0.2	1.7	0.6	2.6	8.0	1.3
British Columbia	9.9	5.6	3.0	3.2	0.2	-0.5	1.5	7.0	0.5
Newfoundland	9.4	2.2	0.0	3.5	3.8	1.3	5.8	8.6	0.0
Canada**	**9.7**	**3.4**	**-0.7**	**-0.3**	**-1.1**	**-0.8**	**2.6**	**6.7**	**4.9**

* Average annual change for the period 1976-1991. Calculated by the authors.
** Average annual change for the period 1998-2001 (the data for 2000 and 2001 are projections). Calculated by the authors.
*** Restraint severity index: sum of negative year-over-year changes (as a percentage), 1992-97. Calculated by the authors.
**** Weighted average, except for severity index.
Source: Canadian Institute for Health Information, January 4, 2002, Table 10.

other provinces with a severity index of 17.7 points, situating it 2.6 standard deviations above the provincial mean. Newfoundland and British Columbia were the provinces with the least severe budget cuts during this period.

The budget cuts had a domino effect on the system's epistemic capacity (one of the effects being a dead loss of expertise through the early retirement of the most experienced nursing staff) and its organizational capacity (changes in the roles and responsibilities of the remaining staff, decline in stakeholder motivation, numerous changes in organizational routines, restructuring, closing of hospital beds, shorter hospital stays, reduced access to operating rooms, structural changes in the decision-making process brought on by regionalization, etc.). In a nutshell, the entire organizational and epistemic capacity of Canada's health system took a direct hit.

This has set the table for privatization of health care in Canada. As Yannick Villedieu points out,

> [TRANSLATION:]
> We have to ask ourselves in whose interest is it to devalue the public health system? Who stands to gain from systematically denigrating and depreciating it? We must find out who in the blazes could profit from what basically looks more like a plot or even an ideological conspiracy – the campaign for privatization – than a methodical demonstration of an inexorable failure of the public health system (Villedieu 2002, 260).[3]

Budget cuts have thrown the system into disarray, bringing enormous pressure to bear on the quality and quantity of services. Tax cuts and debt repayment have limited governments' capacity to pump new money into the system in order to ease the crisis. The conclusion seems obvious: since the current system is not working well and governments lack the financial means

to solve the problem, the health system must be overhauled, new sources of financing must be found… in a word: privatization. This is how the agenda of the advocates of the health system privatization was implemented by the provincial governments, even though, paradoxically, it strengthens the hand of those supporting a stronger federal role at the expense of the provinces.

The Stronger Central Government Agenda: Weaken the Provincial Governments by Reducing Their Revenues

The provinces' intensive deficit-elimination campaign coincided with the trauma of the federalist camp's near defeat in the Quebec referendum of 1995. At the time, many felt that Ottawa needed to take forceful action to prevent this situation from recurring. The elimination of the federal deficit would give them the opportunity they sought, since a large portion of the federal budget consists of tax transfers to the provinces. If the level of these transfers were reduced, the distribution rules would have the effect of weakening the provincial governments – not to mention improving the federal government's bottom line.

Ottawa's efforts to regain control over the growth in health and social spending are not new. Indeed, since 1957 the federal government has made significant changes in the funding of provincial social programs, changes affecting the structure of the transfers as well as the funding levels.

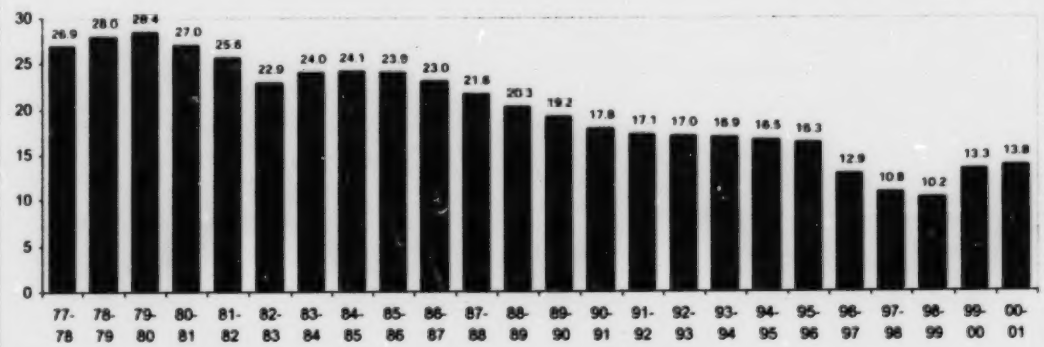
The changes in the structure of the transfers were carried out in three stages. From shared-cost programs (in which the program costs were shared equally between the federal government and the provinces), there was a gradual shift to block funding (whereby Ottawa determines how much it will give to the provinces, irrespective of costs). When Canada's major social programs were created (hospital insurance, health insurance, income support, etc.), the provincial governments gave up part of their constitutional jurisdiction in the area of health and social services in return for federal funding. Thus the programs' structure and contents were defined in an agreement between the federal and provincial governments, with each level of government providing 50 percent of the funding – Ottawa's share coming in the form of tax transfers to the provinces and the transfer of tax points. The sum of these transfers was therefore based on the costs of the programs implemented. This funding formula was reformed for the first time in 1976. From that point on, federal transfers in the fields of health and higher education would no longer be based on program costs but rather on a block transfer, calculated on the basis of the costs at the time. Starting in 1977, block transfers would be used to fund health and higher education programs, and funding for the Canada Assistance Plan would be provided on a shared-cost basis. In 1996 a second reform of the system of federal social transfers to the provinces transformed the final portion of shared-cost funding into block transfers, giving birth to the Canada Health and Social Transfer (CHST). Ever since, federal transfers for social programs have no longer been determined on the basis of the costs of the programs but by a decision that is Ottawa's (and Ottawa's alone) to make, the law making no provision for any formal cost indexing formula or any mechanism for taking into account changes in program costs.

Figure 2
Financial Funding of Provincial Social Programs Since 1957

Shared-cost Programs 1957-76		Mixed Financing 1977-96		Block Funding Since 1996
Hospital insurance	⇨	Established programs financing EPF (Block financing)	⇨	Canada Health and Social Transfer CHSTS
Health insurance				
Post-secondary education				
Canada Assistance Plan CAP	⇨	Canada Assistance Plan (CAP) (Shared cost funding)		

Source: Quebec. Commission sur le déséquilibre fiscal 2001, 8.

Figure 3
Federal Health Transfers as a Percentage of Provincial Health Costs



Source: Provincial and Territorial Ministers of Health 2000, 19

Consequently, although the federal government's commitment was originally linked to the costs of the services rendered, such is no longer the case.

Changes in funding levels occurred more gradually. Federal health transfers amounted to 26.9 percent of provincial health care costs in 1977-78. This share gradually fell, reaching 16.3 percent just before the introduction of the CHST. The deep cuts accompanying this change brought Ottawa's share of the funding to 10.2 percent in 1998-99 – a drop of 62 percent over 22 years (see Figure 3). During the same period, the total cost of health services in Canada in

constant 1997 dollars went from $42.9 million in 1978 to $87.24 million in 1999, an increase of 103 percent.

The changes in the structure as well as the level of the federal funding for provincial health programs gave Ottawa more leeway and upped the budgetary pressure on the provincial governments. By separating its contribution from the growth in health costs, the federal government gave itself the power to alone set the level of its contribution. What a perfect opportunity for proponents of a stronger central government to weaken the provinces! The provinces bore the brunt of the budget cuts while Ottawa reaped the benefits in the form of healthy surpluses. In other words, the electoral cost of the fiscal restraint policies was not paid by the authors of these policies. The verbal sparring between the two camps on the question of restoring the federal transfers to their pre-deficit-cutting levels is a good illustration of this. The big guns on the federal side insist that the federal contribution must include the value of the tax points transferred to the provinces over the years, thereby increasing Ottawa's share of health funding and reducing the shortfall since the growth in the value of these tax points has more or less kept pace with the development of the economy. It seems clear, however, that the tax points' inclusion is nothing more than a rhetorical sleight of hand. If this truly must be taken into account to determine Ottawa's actual share, why stop at the fiscal arrangements of the 1960s and 1970s? Why not go back to the fiscal arrangements at the time of the Second World War, when the provinces undertook a massive transfer of their taxation power to the federal government? As Ontario Premier Leslie Frost pointed out during the federal-provincial conference of July 1960, shared-cost programs – like transfer programs in general – constitute a system by which Ottawa whets the provinces' appetite with their own money, money they lost since the World War II fiscal arrangements (Perry 1997, chapter 14). Today, proponents of a stronger central government are using the budgetary situation of the provincial governments and the fiscal breathing room Ottawa created by cutting its transfers to the provinces in order to push their agenda, which consists in raising the federal government's profile with voters and providing federal officials with greater powers in the field of health.

Conclusion

The discussions concerning Canada's health system are set against an economic and political backdrop such that, in addition to the explicit agenda of health system reform to ensure greater efficiency, there are hidden agendas on the part of stakeholders who are pursuing a number of political objectives. First, there are the objectives of those in favour of dismantling the welfare state. These people are looking to take advantage of health system reforms to privatize as much of the system as possible. Second, we have the supporters of stronger federal powers vis-à-vis the provinces. They too want to take advantage of the reforms, with a view to weakening the provincial governments and thereby entrenching Ottawa's hegemony in the Canadian political system. The direct impact of this dynamic is a weakening of the health system's financial capacities, but also its organizational and epistemic capacities to meet the health needs of today's generations and ensure the system's survival in the interest of future generations. From that vantage point, the sustainability of a public health system in Canada is by no means assured.

But at this point in our reflection, we have to stop and ask ourselves the following: How could fiscal discipline have served as the sole justification for such an attack on the sustainability of Canada's health system? Or, as a corollary to that question, how could the objectives of protecting the system's financial capacity have made us lose sight of the organizational and epistemic capacities? The next section is devoted to that fundamental question.

From Financial Capacity to Organizational and Epistemic Capacities: The Teachings of Economic Theory

The main threat to the sustainability of a public health system in Canada lies in the fact that we are overly concerned about financial capacity to the detriment of the system's organizational and epistemic capacities. In this section we will argue that to realize the importance of a system's organizational capacity, one must move beyond the prevailing economic theory, i.e., neo-classical theory, to embrace agency theory. And in order to take into account epistemic capacity, one must complement agency theory with convention theory. We will therefore present the basis of each of these theories, as well as the approaches they propose to the question of sustainability of a public health system in Canada.[4]

Neo-classical Theory

The first characteristic of the neo-classical model is its use of the postulate of substantial, calculating and individualistic rationality of economic agents. The neo-classical model is based on a second postulate, that of market coordination of individual behaviours. This assumption has four main implications: 1) individual decisions come together to form supply and demand; 2) prices adjust themselves until individual decisions become compatible in the whole; 3) the place where these decisions come together is the market; 4) businesses, public organizations or other aggregates of people are considered as individuals, each pursuing a sole objective. The consequence of this final implication is that we have no knowledge whatsoever of the relationships among the persons composing the aggregate.

Several analyses of the health system are based on this model. They present the patient as a consumer who "demands" health services or as an investor who would like to increase his health capital; the doctor as an individual businessman who "supplies" health services; and the hospital as a business that produces health services with an eye to responding to the "demand" from doctors and patients, or as an "office" represented by a bureaucrat looking to maximize his discretionary budget. This approach, which is the basis for recommendations aimed at privatizing health care, holds that the optimum allocation of health resources will be achieved if patients, doctors and hospitals are allowed to choose the goods and services they want to demand or supply. Through the free interaction of supply and demand, the market would be able to produce an optimum series of health goods and services without waste.

The simplicity of this model and the conviction of its adherents that they speak the truth make it a very effective tool of persuasion. But the neo-classical model is not without its problems. The first has to do with the nature of the market. The model assumes a market of perfect competition, which all serious observers agree is a fiction. Several alternative formulations have been proposed, but there is no consensus regarding the nature of the market. Next, the autonomy of the demand is negated by virtue of the asymmetry of information between patient and doctor. As we have seen, it is the latter who determines, through his diagnosis, the nature of the demand. Demand is therefore induced by supply. Furthermore, the model states that behaviours will be coordinated in the interplay between supply and demand through prices,

which result from this interplay. But the decisions that engage the health expenditures are dissociated from financial responsibility, and the fees are administered through paternal legislation. So the role played by prices is greatly reduced. Furthermore, considering the hospital as an individual actor (business or bureaucracy) conceals the fact that what is seen as the choice or behaviour of the hospital is not the result of a rational calculation but of the interaction between the members of these organizations, individuals who share neither the same interests nor the same information. The artifice of presenting the hospital as a unique entity conceals more than it reveals. Last, defining in monetary terms the resources to be allocated has the effect of focussing attention on financial capacity to the detriment of organizational and epistemic capacities. In short, the neo-classical model is seriously flawed and does not by itself suffice to guide public decisions.

When all is said and done, the applications of the neo-classical model to health systems usually consist in [TRANSLATION:] "highlighting, *in a pragmatic manner*, the inefficiency of the public sector in comparison with an ideal private sector, seen *in purely theoretical terms*" (Béjean 1994, 68, [author's emphasis]). In the context of the inevitable political adjudication between the various interests involved, this theoretical discourse often becomes an ideological discourse whose function is to lend an air of rationalism and "truth" to the proposals of the privatization camp.

Agency and Incentives Theory

In response to these limitations of neo-classical theory, the theory of agency or the theory of contracts and incentives proposes opening the black box and analysing what is going on there while stressing information as a source of profit for the person holding it. The main way in which this theory parts company with neo-classical theory is by abandoning the theoretical fiction whereby the organization behaves as a single, profit-maximizing individual. The theory of agency is built on three postulates: 1) decisions are taken in an environment of uncertainty; 2) there is asymmetry of information (certain actors control information); 3) there is a divergence of interests among the actors (individual interests do not always coincide with the collective interest). On this basis, the relationships among the actors in an organization are seen as relationships of agency, i.e., relationships in which one of the parties, the *principal*, delegates his decision-making power in a sector of activity to another party, the *agent*. The latter possesses information which the former does not. This asymmetry of information gives a major advantage to the agent, who can often impose his agenda by choosing what information to reveal to the principal. Thus he can hide information from him regarding his own behaviour. The principal might therefore doubt the effort that the agent will make to satisfy his interests. That is what we call "moral hazard." The agent might also conceal information on the features of the health product (cost, quality, likelihood of accident, etc.), which can lead the principal to make bad decisions (choosing goods or services that do not meet his efficiency objectives). This is what we call the risk of adverse selection. By not revealing the "truth," the agent leads the principal to attempt to reappropriate the information, hence incentive contracts aimed at convincing the agent to reveal the truth: performance contracts, bonuses or penalties geared to results, etc.

In the area of public policy, the most important contribution of the theory of agency is to show that regulation of the public health system must not be based on prices or constraints but on incentives. The objective is to ensure that agents behave in the principal's interests, not because they are obligated to do so, but because it is in their interest to do so. In fact, some health system reforms conform to the agency approach recommendations, such as the introduction of budget allocation rules, which "interest" managers and care providers in general in the result of the action delegated to them. This is the most useful approach in terms of justifying the recommendations of the supporters of a stronger federal role. The federal government, as "principal," is thus entitled to exert control over the provincial governments, as "agents," to avoid the "moral hazard" of seeing the provinces adopt policies after the fact that are inconsistent with its priorities.

But the agency approach poses at least three problems, which are serious enough to warrant complementing it with another. The first of these problems is shared with the neo-classical model: the [TRANSLATION:] "heroic postulate of substantial rationality," which requires of the actor a phenomenal and unrealistic calculating capacity (Simon 1978). Indeed, the effectiveness of incentive contracts is tied in with the capacity of the principal and agent to "calculate" the long-term results of all the possible scenarios with a view to choosing the one most conducive to his well-being. Human beings simply do not have the cognitive capacities needed to make such an assessment of their choices in terms of their results. There are at once too many uncertainties to gain an accurate understanding of the reality involved and too much information for the human brain to be able to process it completely, hence the necessity for simplification mechanisms. The second problem has to do with the fact that the postulate of substantial rationality holds that self-interest guides all decisions and denies the existence of philanthropic, ethical or equitable behaviour among the various actors. But we know not only that these behaviours exist but that they are very prevalent in the field of health. If we exclude them from the analysis, we risk overlooking an essential dimension of a system's organizational capacity: eliciting conformity to standards. The third problem associated with agency approach is that it identifies "good guys" and "bad guys" in the organization. The "agent" is the bad guy who refuses to reveal the truth and the "principal" is the good guy who is only seeking the truth. The agency theory's positive applications are less likely to pose this problem, since they view all relations inside an organization as relationships of agency. Thus the same actor – a hospital administrator, say – is the agent in the department-hospital relationship, but the principal in the hospital-doctor relationship. The normative analysis of agency does not always bother with these subtleties and is sometimes quick to identify a guilty party, an "agent" (bureaucrat, physician or even provincial government) who knowingly conceals information to serve his (or its) self-interest. When this type of discourse prevails, how can the trust and motivation at the heart of the health system's epistemic capacity be maintained? Three problems, then, which call for a new theoretical approach based on procedural rationality: convention theory.

Convention Theory

Convention theory is quite different from agency theory in that it rejects the postulate of substantial rationality in favour of procedural rationality. This makes it possible to take into account a patient's emotional rationality, adherence by a physician to a code of professional

ethics, and equity as a founding principle of the coverage system for illness risk. It also makes it possible to take into account the knowledge acquired through the learning process inside organizations and the trust relationships on which this knowledge is based. All these characteristics contribute to a system's epistemic capacity.

The actor conceived by the conventionalist approach is neither *homo sociologicus*, whose behaviour would be predetermined by the norms and customs he acquired during the socialization process, nor *homo oeconomicus*, who would be completely motivated by a desire to maximize his own utility. He is somewhere in the middle. His behaviour is guided by convention rules, i.e., [TRANSLATION:] "systems of mutual expectations of competencies and behaviours" (Salais 1989, 213, quoted in Béjean 1994, 268). Conventions are meta-rules, some explicit and codified (e.g., codes of ethics or control processes by professional associations), others implicit and sometimes spontaneous (e.g., trust relationships, which often develop between administrators and administered in the budgetary process), which take shape over a long process of interaction among the actors in an organization and which serve as a [TRANSLATION:] "collective cognitive device" (Favereau 1989; 1993, quoted in Béjean 1994, 270), allowing for a knowledge economy. Given the flood of information submerging the members of an organization and on account of their cognitive limitations, convention rules come into being to simplify the processing of this information by establishing routines and defining roles for the main actors involved. Thus conventions are part of an organization's resources, since they increase its epistemic capacity (capacity to respond to uncertainty) and its organizational capacity because, built by a trust-based learning process, they strengthen its cohesion.

Convention theory, as applied to health economics, identifies two conventions at the heart of the health system: an activity convention, which regulates the State-doctor relationship, and a quality convention, which regulates the doctor-patient relationship.[5]

The literature on budgetary processes identifies a third convention, which is of particular importance when it comes to taking into account (as it does here) the budgetary environment: budgetary convention (Wildavsky 1964; 1975; 1988). This convention regulates the relationship between guardians and spenders of budgets within an organization by providing for a sharing of responsibilities among one another. Thus the guardian mainly looks after the budget as a whole to ensure that budgetary allocations conform to the rules of the organization, in particular those regarding deficits. By overseeing the budget, the guardian does not look after the services offered by his organization because he knows that this is being looked after by the spender. Indeed, the spender is first and foremost concerned with the quality and quantity of services produced and offered under his watch, and he makes his budgetary requests accordingly, without concerning himself with the budget as a whole, as he knows that the guardian is looking after this. Guardians have a number of reasons for limiting expenditures. If there is a deficit or mismanagement, they will be the first targets of criticism. Furthermore, their quest for power cannot be fulfilled by a growth in spending by their unit but by their control over other units' expenditures. Spenders have their own reasons to increase the quantity and quality of the services offered and therefore to increase their budget. It is easier to manage a growing budget than a shrinking budget, because it is easier to distribute additional resources to everyone than to have to choose who in your section will receive additional resources and who will not (or who will lose resources). Furthermore, a section chief's prestige is tied in, lower down, with his ability to respond to the

demands of his subordinates and, further up, with the share of the total budget he can obtain. Thus the spender will seek to increase his budget. Trust is very important in the interaction between guardians and spenders. It is built on past decisions, and therefore on learning. Without trust, guardians will impose strict controls, thereby encouraging spenders to flee to other sources. Without trust, spenders will grossly overstate needs to ensure the minimum, thus encouraging guardians to impose stricter controls. To sum up, budgetary convention provides for a sharing of responsibilities between guardians and spenders of financial resources, along with control mechanisms and sanctions aimed at dissuading potential abuses. As long as there is trust between guardians and spenders, the organization is saved the costs of non-cooperation: the costs of additional controls for guardians, the costs of lobbying and of searching for other funding sources for spenders.

Upon reflection, fiscal federalism in Canada can also be viewed as a budgetary convention regulating the relationship between Ottawa (guardian) and the provinces (spenders). As long as the actors share the responsibilities (the guardian looks after the budget as a whole and the spender looks after the quality and quantity of health care) and as long as there is trust between them, all of society is spared the costs of non-cooperation. From this vantage point, the agenda of the proponents of a stronger federal government risks breaking this convention and, as a result, adding to the costs of the health system itself the costs of non-cooperation. If fiscal federalism, as a convention, is not functioning properly, the provincial elite must devote a large portion of their resources (financial, organizational and epistemic) to lobby the federal government or seek alternative sources of funding. Utilized in this manner, these resources are no longer available to develop reforms that can increase the quality and quantity of health services.

In addition, we should ask ourselves whether the five conditions provided for in the *Canada Health Act* (public administration, comprehensiveness, universality, portability, and accessibility) do not constitute a convention between the federal State and Canadian taxpayers. Through this convention, the State identifies taxpayers' preferences (a health system that responds to these criteria) and the level of taxation they are prepared to assume. In exchange for compliance with the five principles of the Act, taxpayers are prepared to pay the taxes growing out of their application. So long as there is trust between the federal State and taxpayers on this question, the convention spares society the costs associated with the "free rider" risk that would be generated by a lack of knowledge of the actual level of taxation that taxpayers are prepared to assume, and with the moral hazard to which taxpayers would have to expose themselves to learn the government's true intentions.

Taking into account the existence of these three conventions in the health system allows us to realize that contractual rules (which, for example, lead a doctor to reveal the information he possesses to the public authorities and patients or, in another example, tie a manager's salary to the attainment of budget objectives) and constraining rules (which introduce, for example, rationing that can bring spending under control) are effective to the extent that they do not threaten the conventions which exist in the health system. As pointed out by Béjean, [TRANSLATION:] "the conventions economy does not in an overall sense call into question the market economy nor the contractual coordination of individual decisions, but assumes that their effectiveness is dependent on these principles [conventions]" (Béjean 1994, 296). The objective of expenditure or cost control must not be pursued to the detriment of the patient's, doctor's or

manager's interests, or, put another way, financial capacity must not be strengthened to the detriment of organizational and epistemic capacities. The costs generated by a loss of trust between the actors in the health system could far surpass the savings that a series of rules imposed without regard to established conventions might yield.

Conclusion: Simplicity or Realism

Which theory should we choose? The standard, prevalent reply in economics is to choose the theory with the greatest predictive power (Friedman 1953). If we follow this logic, the unrealism of the behavioural assumptions is of little importance so long as the theory allows us to deduce hypotheses supported by systematic empirical observation. The greater the number of these hypotheses, the greater the theory's predictive power. This position is acceptable in the context of scientific research, but it is morally indefensible when it comes to applying public policy. Indeed, scientific research produces far more results that invalidate hypotheses than results that confirm them. For example, in their meta-analysis, Imbeau, Pétry and Lamari (2001) showed that the 693 empirical results they analysed supported the hypothesis in only 20 percent of the cases. And these findings deal only with results published in learned journals! Are we prepared to run the risk of this type of mistake in reforming the health system when we know full well that the basic assumptions of one theory are far less realistic than those of another? Applying the criterion of predictive power in choosing a theory with a view to informing public policy decisions is tantamount to experimenting on a population to validate the theory. When the "quasi-experiment" of the "empirical test" (characteristic of social research) is replaced by an actual experiment on human subjects (characteristic of public policy), the criterion of the theory's predictive power must give way to that of realism when one must choose between theories which do not lead to the same recommendations. In the final analysis, it is not about choosing one theory and dismissing the others. Owing to the complexity of the social systems, we should make every effort to guard against this type of dogmatism. Because the theories complement one another in that they each highlight a different aspect of the reality involved. If we limit ourselves to the conclusions of neo-classical theory, we risk overlooking an important aspect of the health system's capacity to respond to Canadians' health needs, that being its organizational and epistemic capacity.

Overall Conclusion

Our examination of the sustainability of Canada's health system and the economic and political environment facing us today has led us to reformulate the question we began with, which has now become:

> How might the international context of fiscal discipline and the existence of two political agendas advanced by stakeholders in the discussions on reforming Canada's health system impact on the financial, organizational and epistemic resources needed to respond satisfactorily to the health needs of today's and future generations?

From the preceding discussion, five observations and five recommendations have emerged.

Observations

1. While necessary, sound management of the health system's financial resources is not enough to ensure its sustainability. Canada's fiscal situation over the past decade has led us to focus on financial resources. In doing so we have often lost sight of the system's organizational and epistemic capacities. Only integrated management of all of the health system's capacities can shield us from pernicious, intolerable effects. Any change in financial management must be assessed on the basis of its impacts on the system's organisational and epistemic capacities.

2. Too much fiscal discipline can be counterproductive. When budget rules do need to be applied, they must emphasize as much as possible an incentive rather than coercive approach. Coercive rules involve monitoring costs that are superfluous when agents have a personal stake in adopting the behaviour sought by the rule.

3. Trust is the cornerstone of the health system. Irrespective of the measures adopted to ameliorate the health system, the rules imposed to ensure improved efficiency must in no way undermine the trust that exists among the principal actors in the system: patients, physicians and other professionals, and managers; otherwise, monitoring costs will rise needlessly. The least costly and most efficient means of reforming the health system and ensuring its sustainability is to observe the conventions linking the system's main actors. Ignoring these conventions can only jeopardize the system's sustainability.

4. There are risks of disruption in budgetary convention in Canada, both within organizations and in federal-provincial relations. If we continue requiring budget spenders to play the role of guardians and to worry more about balanced budgets than quality of services, we run the risk of distancing them too much from their primary role, which is to improve the quality and quantity of care.

5. Because organizational and epistemic capacities are necessary to ensure the sustainability of the health system, it is essential to involve in the decision-making process specialists from fields other than economics and accounting (health specialists and social systems specialists). Increasingly, we are entrusting our accountants with the task of deciding the nature, quality --

and mix of services to offer, without asking ourselves if they are qualified to do so. With the best of intentions, they run the risk of weakening the system's organizational and epistemic capacities and thus setting it on the road to ruin. It would not be the first time that sorcerers' apprentices have created chaos while trying to put the house in order.

Recommendations

1. Ottawa must make it a priority to quickly restore its health funding levels by earmarking budgetary surpluses for health before paying down the debt and cutting taxes. This will increase the system's capacity to respond to the health needs of the population.

2. Unequivocally reaffirm the five fundamental principles of the Canadian health system (universality, accessibility, portability, comprehensiveness and public administration) and continue to insist that the provinces meet these criteria as a sine qua non for federal funding. This will preserve public trust in our political institutions and in the health system.

3. The CHST should be the tool of choice for funding the health system, rather than the transfer of tax points. In this way, the federal government will maintain the leverage it needs to influence the evolution of the health system in the provinces.

4. Encourage research on budgetary convention in health organizations with a view to identifying the best ways of ensuring optimum allocation of financial resources without undermining organizational and epistemic capacities, and with a view to increasing the trust of the managers and health stakeholders within these organizations.

5. Support social research on the health system, in particular on the interaction among financial, organizational and epistemic capacities.

Notes

1 Recognizing this dual meaning, the Canadian Medical Association employs two different French translations of the term "sustainability": « En français, pour traduire "sustainable" dans le contexte du secteur de la santé, nous emploierons tantôt "durable" (santé durable), tantôt "viable" (système de santé viable). L'adjectif "viable" incorpore en effet les notions de durabilité et de développement » (2000, 1).

2 Bruce, Kneebone and McKenzie (1997) published an interesting study on Alberta's experience at eliminating the deficit. For a description of the deficit elimination policy in Quebec, see Imbeau and Leclerc (2002). For a comparison of the experiences in Alberta, British Columbia and Saskatchewan, see Imbeau 2000.

3 On the same theme, see Forest (2002).

4 Our discussion of the economic theories in this section is freely adapted from the writings of S. Béjean, whose insightful synthesis was of valuable assistance to us.

5 For a description of both conventions, see Béjean 1994, p. 272-285.

Bibliography

Abalkea, F. 1987. *Le besoin de la santé. Les déterminants sociaux de la consommation*. Vanves: Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.

Advisory Council on Intergovernmental Relations. 1987. *Fiscal Discipline in the Federal System: National Reform and the Experience of the States*. Washington, DC.: Advisory Council on Intergovernmental Relations.

Béjean, S. 1994. *Économie du système de santé: Du marché à l'organisation*. Paris: Economica.

Bruce, C., R. D. Kneebone and K. J. McKenzie (dir.). 1997. *A Government Reinvented: A Study of Alberta's Deficit Elimination Program*. Toronto: Oxford University Press.

Canadian Institute for Health Information. January 4, 2002. *Communiqués*, Table 10.

Canadian Medical Association. 2001. *In Search of Sustainability: Prospects for Canada's Health Care System*. Ottawa: Canadian Medical Association.

Desjardins, J. R. 1993. *Environmental Ethics. An Introduction to Environmental Philosophy*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Favereau, O. 1993. L'incomplétude n'est pas le problème c'est la solution. Presentation to Cerisy symposium, *Limitation de la rationalité et constitution du collectif*, Cerisy, June 5-12.

_____. 1989. Marchés internes, marchés externes, *Revue Économique* 40 (2).

Forest, Pierre-Gerlier. 2002. Santé? La grande offensive des partisans de la privatisation, dans *Québec 2001 – Annuaire politique, social, économique et culturel*, edited by Roch Côté. Montréal: Fides, p. 325-340.

Friedman, M. 1953. The Methodology of Positive Economics, in *Essays in Positive Economics*, edited by M. Friedman. Chicago: University of Chicago Press, p. 4-14.

Harrison, N. E. 2000. *Constructing Sustainable Development*. New York, State University of New York Press.

Imbeau, L. M. 2000. Guardians and Advocates in Deficit Elimination: Government Intervention in the Budgetary Process in Three Canadian Provinces, in *Canada Observed: Perspectives from Abroad and from Within*, edited by J. Kleist and S. Huffman. New York: Peter Lang, p.145-156.

Imbeau, L. M. and M. Leclerc. 2002. L'élimination du déficit budgétaire au Québec: contexte et réalisation d'un engagement électoral, in *Les engagements électoraux du parti québécois*, edited by F. Pétry. Québec: Presses de l'Université Laval.

Imbeau, L. M., F. Pétry and M. Lamari. 2001. Left Right Party Ideology and Public Policy: A Meta-analysis, *European Journal of Political Research* 40(1), 1-29.

Millar, J. 1997. *The Effect of Budget Rules on Fiscal Performance and Macroeconomic Stabilization*. Ottawa: Bank of Canada, No. 49.

Moreau, Y., M. Berthod-Wurmser and Ch. Béchon. 1992. *Dépenses de santé; un regard international.* Paris: Ministère des affaires sociales et de l'intégration.

Ort, D. L. and D. B. Perry. 1999. Provincial Budget Roundup, *Canadian Tax Journal* 47(5), 1194-1213.

Perry, D. B. 1997. Provincial Budget Roundup, *Canadian Tax Journal* 45(3), 451-472.

Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal. 2001. *Les programmes de transferts fédéraux aux provinces*. Montreal, Commission sur le déséquilibre fiscal, Background paper for public consultation.

Richard, M. 1980. *Besoins et désir en société de consommation*. Lyon: Chronique sociale.

Richards, J. 2000. *Now That the Coat Fits the Cloth... Spending Wisely in a Trimmed-Down Age.* Toronto: C. D. Howe Institute, No. 50.

Salais, R. 1989. L'analyse économique des conventions de travail, *Economic Review* 40(2), 199-240.

Simon, H. A. 1978. Rationality as process and as product of thought, *American Economic Review* 68(2), 1-16.

Villedieu, Yannick. 2002. *Un jour la santé.* Montréal: Boréal.

Wildavsky, A. 1988. *The New Politics of the Budgetary Process.* New York: Harper Collins Publishers.

_____. 1975. *Budgeting: A Comparative Theory of Budgetary Processes*. Boston/Toronto: Little, Brown & Company.

_____. 1964. *The politics of the budgetary process*. Boston/Toronto: Little, Brown & Company.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 11

Les conditions de la viabilité d'un système public de santé au Canada

par

Louis M. Imbeau
Université Laval

Kina Chenard
Université Laval

Adriana Dudas
Université Laval

août 2002

N° de catalogue CP32-79/11-2002F-IN

ISBN 0-662-87711-X

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Introduction 1

La viabilité du système de santé 2
- Les capacités du système de santé 2
- Les besoins de santé 3
- L'équité intergénérationnelle 4
- Conclusion : Pour une perspective intégrée de la viabilité du système de santé 5

L'impact de l'environnement politique et économique sur les capacités d'un système public de santé de répondre aux besoins 6
- Un contexte international de crise fiscale de l'État 6
- L'agenda des partisans de la privatisation : réduire l'État en privatisant la santé 8
- L'agenda des partisans d'un renforcement du fédéral : affaiblir les gouvernements provinciaux en diminuant leurs revenus 11
- Conclusion 14

De la capacité financière aux capacités organisationnelle et épistémique : les enseignements de la théorie économique 15
- La théorie néo-classique 15
- La théorie de l'agence et des incitations 16
- La théorie des conventions 18
- Conclusion : simplicité ou réalisme 20

Conclusion générale 22
- Constats 22
- Recommandations 23

Notes 24

Bibliographie 25

Points saillants

La viabilité du système de santé repose sur les capacités financière, organisationnelle et épistémique d'assurer une réponse satisfaisante aux besoins de santé des générations actuelles sans préjudice pour les générations futures. L'évolution présente des capacités du système est influencée par l'existence de deux agendas politiques dans les discussions entourant la réforme des soins de santé : celui des partisans de la privatisation du système de santé et celui des partisans du renforcement du gouvernement fédéral vis-à-vis des provinces. En focalisant sur le remboursement de la dette et les baisses de taxes et d'impôts, les partisans de la privatisation minent la capacité des gouvernements provinciaux de corriger les effets néfastes que l'élimination drastique des déficits publics a eus sur les capacités du système de santé. Les partisans du renforcement du fédéral font de même en retardant le rétablissement des transferts fiscaux aux provinces à leurs niveaux d'avant les coupures budgétaires liées à l'élimination du déficit fédéral. Les théories économiques du système de santé nous montrent que les postulats de base à partir desquels elles sont édifiées déterminent les recommandations qu'on peut en déduire. Les propositions de réforme des partisans de la privatisation découlent de la théorie néo-classique qui focalise l'attention sur la capacité financière du système et néglige les autres types de capacité. L'avantage de la théorie de l'agence est qu'elle permet de prendre en compte la capacité organisationnelle du système de santé. Les propositions des partisans du renforcement fédéral se rattachent plutôt à cette théorie. Pour inclure la capacité épistémique, il faut compléter la théorie de l'agence par une théorie plus réaliste et, par conséquent plus acceptable éthiquement, la théorie des conventions, qui propose que la viabilité du système de santé ne puisse être assurée que s'il y a respect des règles-conventions qui se sont développées, au fil des ans, entre les patients, les médecins, les gestionnaires et les gouvernements. Attaquer ces règles aurait pour impact de diminuer la confiance entre les intervenants dans le système et de créer des coûts plus élevés que les économies qui pourraient éventuellement en découler. L'allocation des ressources financière, organisationnelle et épistémique est efficiente si elle est basée sur la confiance.

Sommaire

La viabilité du système de santé repose sur les capacités financière, organisationnelle et épistémique de la société canadienne d'assurer une réponse satisfaisante aux besoins de santé des générations actuelles sans préjudice pour les générations futures. Cette conception a trois implications : 1) les capacités financière, organisationnelle et épistémique sont essentielles et intimement liées; 2) la définition de la demande de soins de santé relève de choix éthiques; et 3) l'équité intergénérationnelle exige qu'on aille plus loin que les considérations relatives au déficit et à la dette publique pour intégrer la protection de la capacité organisationnelle et épistémique du système de santé au Canada. Dans les années récentes, les capacités du système de santé ont été mises à rude épreuve à cause d'un environnement international et domestique favorisant les restrictions budgétaires, le remboursement de la dette et les baisses d'impôt.

L'environnement politique et économique du système de santé a connu une importante métamorphose au Canada dans la dernière décennie : deux agendas politiques influencent maintenant le discours entourant la réforme du système de santé. Sous couvert de discipline budgétaire, les partisans de la privatisation ont pu imposer comme priorité l'équilibre budgétaire, le remboursement de la dette publique et la baisse des taxes et des impôts. Ce faisant ils ont miné la capacité des gouvernements provinciaux de corriger les effets néfastes que l'élimination drastique des déficits publics a eus sur les capacités financière, organisationnelle et épistémique du système de santé au Canada. Quant à eux, les partisans du renforcement du gouvernement fédéral vis-à-vis des provinces, sous couvert de promotion de l'unité nationale, ont exercé la même pression budgétaire sur les gouvernements provinciaux en modifiant les niveaux de transferts fiscaux aux provinces et leurs règles d'attribution, et en retardant indûment le rétablissement de ces transferts à leur niveau du début des années 1990. Étrangement, ces deux groupes de partisans sont des alliés objectifs puisqu'ils ont tous deux avantage à affaiblir les gouvernements provinciaux. En revanche, les réformes qu'ils proposent sont loin de coïncider avec l'agenda explicite de réformer le système de santé au Canada en vue de l'améliorer. L'impact direct de cette dynamique est un affaiblissement du système de santé dans ses capacités non seulement financière mais aussi organisationnelle et épistémique de répondre aux besoins de santé des générations présentes et d'assurer la survie du système pour les générations futures. Dans un tel contexte, la viabilité d'un système public de santé au Canada n'est pas assurée.

Mais comment a-t-on pu justifier une telle atteinte à la viabilité du système de santé canadien sur la seule base de la discipline budgétaire? Ou, en corollaire, comment les objectifs de protection de la capacité financière du système ont-ils pu faire oublier les capacités organisationnelle et épistémique? Le recours aux théories économiques peut être utile pour répondre à cette question car ce sont elles qui nous éclairent sur les relations causales qui relient un système social et son environnement. L'économie de la santé propose trois théories principales : la théorie néo-classique, la théorie de l'agence et des incitations, et la théorie des conventions. L'analyse des postulats de ces théories nous montre que, pour réaliser l'importance de la capacité organisationnelle d'un système, il faut dépasser la théorie économique dominante, la théorie néo-classique, et adopter la perspective de la théorie de l'agence, car la théorie néo-classique a tendance à focaliser l'attention sur la seule capacité financière. De plus, pour tenir compte de la capacité épistémique du système de santé, la théorie de l'agence doit être complétée par la théorie des conventions.

Notre étude nous conduit à faire cinq constats. 1) La gestion correcte des ressources financières du système de santé est nécessaire mais non suffisante pour assurer sa viabilité. Toute réforme de la gestion financière doit être d'abord évaluée en fonction de ses impacts sur les capacités organisationnelle et épistémique du système. 2) Trop de discipline budgétaire peut être contre-productif. Quand il faut y recourir, les règles budgétaires doivent, autant que possible, faire appel à l'incitation plutôt qu'à la coercition. 3) La confiance est la pierre angulaire du système de santé. La voie la moins coûteuse et la plus efficace pour réformer le système de santé et en assurer la viabilité est celle du respect des conventions qui lient les principaux acteurs du système. 4) Il y a des risques de perturbation dans la convention budgétaire au Canada, tant à l'intérieur des organisations que dans les relations fédérales-provinciales. À force d'obliger les demandeurs de budgets à jouer le rôle de pourvoyeurs et à se préoccuper plus d'équilibre budgétaire que de qualité des services, on risque de trop les éloigner de leur rôle premier qui consiste à améliorer la qualité et la quantité des soins. 5) Il est essentiel d'associer à la prise de décision, des spécialistes venant d'autres horizons que l'économie et la comptabilité (spécialistes de la santé et spécialistes des systèmes sociaux). Avec les meilleures intentions concernant la capacité financière, nos comptables risquent d'affaiblir les capacités organisationnelle et épistémique du système et ainsi de le mener à sa perte. Ce ne serait pas la première fois que des apprentis-sorciers créent le chaos en voulant mettre de l'ordre dans la maison.

Découlant de ces constants, cinq recommandations sont formulées :

1. Rétablir prioritairement et rapidement le niveau de financement du système de santé provenant du gouvernement fédéral en consacrant les surplus budgétaires à la santé avant le remboursement de la dette et les baisses d'impôt. On augmentera ainsi la capacité du système de répondre aux besoins de santé de la population.

2. Réaffirmer sans ambiguïté les cinq valeurs fondamentales du système de santé canadien (universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique) et continuer d'en faire la condition essentielle du financement fédéral aux gouvernements provinciaux. On protégera ainsi la confiance du public dans les institutions politiques et dans le système de santé.

3. Favoriser le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) comme outil de financement du système de santé plutôt que le transfert de points d'impôt. Le gouvernement fédéral conservera ainsi un levier pour faire pression sur l'évolution du système de santé dans les provinces.

4. Favoriser la recherche sur la convention budgétaire dans les organisations sanitaires en vue d'identifier les meilleures façons d'assurer une allocation optimum des ressources financières qui ne se fasse pas au détriment de la capacité organisationnelle et épistémique, et d'augmenter la confiance des gestionnaires et des intervenants de la santé à l'intérieur de ces organisations.

5. Soutenir la recherche sociale sur le système de santé, en particulier sur l'interaction entre les capacités financière, organisationnelle et épistémique.

Introduction

Le but de ce texte est de répondre à la question suivante : de quelle façon un environnement politique axé sur des budgets équilibrés, la réduction de la dette et une diminution des impôts, a-t-il un effet sur le maintien ou la viabilité du système de santé? Nous procéderons en trois temps. Nous aborderons d'abord la notion de viabilité du système de santé pour montrer qu'elle dépend de la capacité financière, organisationnelle et épistémique du système de répondre aux besoins de santé de la génération présente sans préjudice pour la génération future. Nous caractériserons ensuite l'environnement politique et économique au Canada pour montrer que le jeu des forces en présence et le contexte international ont miné à la fois la capacité financière du système et ses capacités organisationnelle et épistémique. Dans une troisième partie, nous nous demanderons sur quelle base on a pu justifier cette attaque contre la capacité du système de santé. Nous montrerons que, en insistant sur la capacité financière des organisations, la théorie économique dominante néglige les aspects organisationnels et épistémiques de la capacité du système de santé et qu'il existe d'autres théories économiques qui en tiennent compte. En conclusion, nous soutiendrons qu'il existe certaines menaces au maintien du système de santé canadien, nous identifierons quelques principes à respecter pour favoriser sa viabilité et nous formulerons des recommandations à cet égard.

La viabilité du système de santé

Deux perspectives s'affrontent présentement dans le monde de la santé : une perspective de capacité, que Moreau, Berthod-Wurmser et Béchon (1992, 205) appellent la vision OCDE, et une perspective de besoin que les mêmes auteurs identifient comme la vision OMS. Ce débat se retrouve dans la littérature spécialisée quand il s'agit de définir le concept de viabilité (*sustainability*). En effet, deux acceptions de ce concept se partagent l'espace de discussion et chacune jette son éclairage sur la santé et le système de santé[1]. La première acception est construite sur une analogie biologique. Elle voit la viabilité comme la capacité de durer. La définition du *Petit Larousse* («Viable : ce qui *peut* vivre»), reprise dans une publication récente de l'Association médicale canadienne (AMC), nous renvoie à cette notion centrale de la *capacité* d'un organisme de vivre ou de survivre. L'obstétrique, par exemple, parle d'un fœtus «viable» comme d'un enfant capable de vivre et de se développer en dehors du sein de la mère. La seconde acception du concept de viabilité est construite sur une analogie écologiste et voit la viabilité comme développement durable. Selon la Commission Brundtland, le développement durable (*sustainable*) est celui qui permet de répondre aux *besoins* du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs[2]. Ainsi, l'analogie écologiste insiste sur deux dimensions importantes : les besoins et l'équité intergénérationnelle. Nous avons donc deux perspectives qui, loin de s'opposer, se complètent. Une analyse sérieuse de la viabilité du système de santé au Canada exige une prise en compte des capacités du système, des besoins en santé et de l'équité intergénérationnelle.

Les capacités du système de santé

Le discours actuel au sujet du système de santé porte, en grande partie, sur son financement, manifestation du rôle incontournable de la capacité financière comme élément central de la viabilité d'un système. En effet, aucune organisation ne peut survivre sans ressources de financement. Les biens et les services qu'elle consomme se paient en argent. Mais il y a d'autres capacités qui sont essentielles à la survie et au développement d'un système de santé.

En effet, il n'y a pas de système social sans capacité organisationnelle, c'est-à-dire sans ressources permettant d'assurer la cohésion des structures décisionnelles. Il s'agit ici des règles ou des normes qui définissent les rôles que chacun des acteurs est appelé à jouer à l'intérieur de l'organisation et de l'adhésion des acteurs à ces normes. Normes et adhésion aux normes produisent une division du travail et une cohésion qui assurent la qualité du service offert par l'organisation. La division du travail produite par ces normes décuple l'étendue des interventions possibles du système. La cohésion que ces normes créent entre les membres de l'organisation assure la cohérence du produit offert. Division du travail et cohésion sont, en fin de compte, les principales sources d'efficience.

Aux capacités financière et organisationnelle s'ajoute enfin la capacité épistémique sans laquelle aucun système de santé n'est possible. Cette capacité renvoie au savoir et aux compétences acquis grâce à un entraînement formel ou grâce à l'expérience et à l'apprentissage, et qui fournissent à un acteur un cadre de référence lui permettant d'évaluer la situation à laquelle il est appelé à réagir pour identifier la ligne de conduite à adopter. Ce cadre de référence

renvoie autant à un savoir technique relevant des acquis de la recherche scientifique qu'à un savoir normatif qui relève de l'expérience.

Nous avons donc trois types de capacité qui assurent la viabilité du système. Deux constatations s'imposent à leur sujet. D'abord, chacune de ces capacités est essentielle au maintien du système. Aucun système de santé ne peut survivre en l'absence des capacités financière, organisationnelle ou épistémique. Si l'une fait défaut, c'est le système tout entier qui s'effondre. Ensuite, les trois types de capacité ne sont pas indépendants l'un de l'autre. Modifier l'un peut avoir des impacts importants sur les autres. Capacités financière, organisationnelle et épistémique sont donc essentielles et intimement liées. Mais pourquoi chercher à maintenir un système de santé sinon pour répondre aux besoins de santé de la population? Une réflexion utile sur la viabilité du système de santé passe par une discussion sur les besoins.

Les besoins de santé

La viabilité du système de santé suppose la réponse aux besoins de santé. La chose peut paraître simple au premier abord mais elle ne l'est pas. Qu'est-ce, en effet, que le besoin de santé? De longue date, on a distingué les besoins essentiels, ceux qui relèvent de la nature, des besoins non essentiels, qui relèvent de la culture. Jean-Jacques Rousseau, par exemple, distinguait les besoins naturels des besoins artificiels et John Maynard Keynes séparait les besoins absolus des besoins relatifs. Tout attrayante qu'elle soit intellectuellement, cette distinction est peu utile ici car, quand il s'agit de définir les besoins de santé en termes de demande de soins, la distinction nature-culture s'estompe. La demande de soins de santé à partir des besoins relève, en fin de compte, de l'artefact culturel. Pour nous en convaincre, déconstruisons la notion d'état de santé en suivant le raisonnement de l'économiste Sophie Béjean.

L'état de santé est souvent défini en termes de morbidité. Le processus commence lorsque le patient évalue son propre état de santé. Cette évaluation dépend d'un processus d'élaboration psychologique et d'une représentation sociale de la santé et de la maladie et détermine la perception qu'a cet individu de son besoin de consommation médicale. Cette «morbidité ressentie» est transformée en «morbidité diagnostiquée» à travers le codage qu'en font le corps médical et l'appareil de soins. La morbidité diagnostiquée représente «le résultat d'une procédure scientifique supposée objective [...] Elle apparaît finalement être le reflet plus de l'institution, de l'appareil de soins ou du médecin qui la formule, que de l'état de santé qu'elle est sensée décrire» (Béjean 1994, 109). En effet, la morbidité diagnostiquée, comme codage du médecin, peut être fort différente de la morbidité ressentie mais aussi de la morbidité objective car le malaise ressenti par le patient peut ne pas être reconnu par le médecin tout comme un état de maladie peut ne pas être ressenti par le patient.

Ainsi le processus du passage du besoin à la demande de service de santé suppose trois étapes : d'abord, l'expression de la morbidité ressentie par le patient, ensuite, le codage de ce besoin par le médecin (morbidité diagnostiquée), enfin, la traduction, par le médecin, de la morbidité diagnostiquée en demande de soins. Il y a loin de la morbidité objective à la demande de soins. Entre les deux viennent intervenir un ensemble de facteurs incluant les représentations

psychologiques et sociales de la maladie et de la santé chez le patient et le médecin, les pressions du système de santé sur le médecin en termes de disponibilité de services, l'avancement de la recherche médicale et pharmaceutique et la connaissance qu'en a le médecin, etc. L'état de santé et, *a fortiori*, la demande de soins de santé, ne sont pas «donnés» par la nature. Ce sont des constructions sociales auxquelles participe directement le système de santé. Par conséquent, toute modification des capacités du système, qu'elles soient financière, organisationnelle ou épistémique, est susceptible d'influer sur la demande de soins de santé. C'est ce que les économistes appellent l'induction de la demande par l'offre.

L'équité intergénérationnelle

En plus des capacités et des besoins, la viabilité d'un système de santé implique l'équité intergénérationnelle. La question qui se pose est la suivante : avons-nous des obligations vis-à-vis des générations futures? Sommes-nous responsables de l'impact que les décisions que nous prenons aujourd'hui auront sur nos petits-enfants et peut-être sur les leurs? Si nous acceptons que tous les êtres humains continuent, dans le futur, d'avoir des droits concernant la disponibilité de soins de santé adéquats, certaines décisions actuelles peuvent violer ces droits, peu importe qui seront ces futurs êtres humains. Ainsi ces personnes pourraient soutenir qu'elles ont été privées du droit à la santé à cause des politiques adoptées dans le passé. Par conséquent, certaines décisions actuelles peuvent être éthiquement mauvaises du point de vue des générations futures.

Deux questions doivent retenir notre attention à cet égard. La première concerne le financement du système de santé et on y a amplement fait référence dans le discours récent qui a entouré les efforts d'élimination du déficit public au Canada. Est-il équitable que nous, les présentes générations, profitions d'un ensemble de services de santé en en transmettant la facture aux générations futures par le moyen du déficit annuel et de la dette publique? Emprunter pour payer les frais de santé revient à transférer le fardeau du paiement à ceux qui rembourseront la dette, une sorte d'héritage négatif. Dans la perspective de l'équité intergénérationnelle, il faut certainement financer le fonctionnement du système de santé par les impôts et les taxes et éviter de recourir à l'emprunt. En revanche, le financement par la dette est acceptable du point de vue de l'équité intergénérationnelle quand il s'agit d'investissements. Mais les investissements ne se limitent pas aux structures immobilières et à l'équipement.

Cela nous conduit à la deuxième question soulevée par l'éthique intergénérationnelle : quelles sont nos responsabilités vis-à-vis des générations futures en ce qui concerne les capacités organisationnelle et épistémique du système de santé dont ils hériteront? Le niveau de santé dont nous jouissons et la qualité des services de santé dont nous pouvons nous prévaloir aujourd'hui sont le fruit du travail des générations passées. Si Pasteur et ses contemporains n'avaient pas fait leurs découvertes sur la vie microscopique, Flemming n'aurait pas pu découvrir la pénicilline. Si Semmelweis et ses contemporains n'avaient pas découvert le rôle de l'hygiène dans la transmission de ce qu'ils appelaient la fièvre puerpérale, nous n'aurions pas réussi à ramener le taux de décès périnatal à presque zéro. La qualité des soins dont pourront profiter les futures générations dépend en grande partie des investissements que nous faisons aujourd'hui dans les capacités organisationnelle et épistémique du système de santé. À cet égard, il est permis de considérer les importantes coupures de personnel infirmier qui ont été faites pour «redresser» les

finances publiques comme un désinvestissement dans les capacités organisationnelle et épistémique du système de santé. Du point de vue de l'équité intergénérationnelle, ces mesures étaient mauvaises car, d'une manière générale, ne pas protéger ces investissements est une négligence de notre part qui pourrait avoir des effets négatifs sur les générations futures.

Conclusion : Pour une perspective intégrée de la viabilité du système de santé

La discussion qui précède devrait nous convaincre de la futilité de l'opposition entre la perspective des capacités et celle des besoins. Chacune de ces deux visions est tronquée. Une perspective plus complète exige que nous adoptions une vision intégrée selon laquelle la viabilité du système de santé repose sur les capacités financière, organisationnelle et épistémique d'assurer une réponse satisfaisante aux besoins de santé des générations actuelles sans préjudice pour les générations futures. Cette conception implique que la définition de la demande de soins de santé dépend en grande partie des capacités du système de santé et que l'équité intergénérationnelle exige qu'on aille plus loin que les considérations relatives au déficit et à la dette publique pour intégrer la protection de la capacité organisationnelle et épistémique du système de santé au Canada. Dans une telle perspective, il est justifié de se demander quel impact un environnement caractérisé par la discipline budgétaire, le remboursement de la dette publique et la réduction du fardeau fiscal peut avoir sur l'avenir du système de santé au Canada. C'est cette question que nous allons maintenant aborder.

L'impact de l'environnement politique et économique sur les capacités d'un système public de santé de répondre aux besoins

L'histoire récente du Canada a connu deux événements majeurs qui ont bouleversé l'environnement politique et économique du pays. Le premier est passé inaperçu dans le public. En 1991-1992, le gouvernement de la Saskatchewan a subi plusieurs décotes successives de la part des agences de cotation de crédit, si bien qu'il s'en est fallu de peu que les besoins d'emprunt du gouvernement provincial ne puissent être comblés. Cette quasi-mise en faillite a sonné le rappel des croisés de l'équilibre budgétaire des gouvernements fédéral et provinciaux. La campagne contre le déficit budgétaire qui suivit modifia profondément le paysage budgétaire et fiscal au Canada. Sous couvert de «discipline budgétaire», les appareils bureaucratiques provinciaux furent mis au service de l'agenda politique des partisans de la réduction du rôle de l'État dans la société par la privatisation du système de santé au Canada. Le second événement a touché une grande majorité des Canadiens. En 1995, lors d'un référendum, les Québécois ont appuyé à 49,5 pour cent la souveraineté de leur province. Ce traumatisme constitutionnel a été l'occasion pour plusieurs d'en découdre avec les défenseurs de l'autonomie des provinces. Sous couvert d'«unité nationale», l'appareil bureaucratique fédéral fut mis au service de l'agenda politique des partisans d'un gouvernement central plus fort. L'impact de ces deux agendas politiques a été de favoriser l'adoption de mesures qui, officiellement, visaient à assainir les finances publiques en vue de renforcer à long terme la capacité financière des gouvernements fédéral et provinciaux de remplir leurs fonctions adéquatement mais qui, dans les faits, ont détérioré sérieusement les capacités financière, organisationnelle et épistémique du système de santé. Pour comprendre l'impact de cet environnement de discipline budgétaire, de remboursement de la dette et de réduction des impôts, il est nécessaire d'exposer au jour ces deux agendas, le premier trouvant sa source dans le contexte international, le second émergeant de la situation politique interne du pays. Nous commencerons par traiter du contexte international avant d'exposer le contenu et les effets de l'agenda des partisans de la privatisation et de celui des partisans du renforcement du gouvernement fédéral.

Un contexte international de crise fiscale de l'État

Les efforts gouvernementaux visant à la réduction des déficits, la diminution des impôts et le remboursement de la dette se situent dans un contexte international caractérisé par la récurrence des déficits budgétaires et l'accumulation de la dette publique dans tous les pays industrialisés. Mais ne nous y trompons pas. Il n'y a pas d'unanimité chez les économistes concernant l'importance et les effets potentiels de cette situation. En effet, dans son rapport sur la discipline budgétaire dans le système fédéral américain, le *Advisory Council on Intergovernmental Relations* (1987) regroupe le discours normatif concernant le déficit budgétaire en cinq perspectives :

1. Le déficit est une illusion soutiennent certains économistes. Selon eux, si on appliquait au secteur public les règles comptables du secteur privé, le déficit fédéral américain deviendrait un surplus;

2. Le «problème» du déficit est une illusion. Le déficit n'a pas d'impact significatif sur les taux d'intérêt et d'inflation;

3. Les déficits importants et répétés représentent un problème économique significatif. Mais c'est un phénomène récent, résultat de la convergence d'un certain nombre d'événements politiques, et le système politique va vraisemblablement solutionner ce problème sous peu par des modifications administratives, par des changements dans les majorités au pouvoir ou par des pressions de la part des intéressés et du public;

4. Les déficits représentent un problème résultant de la structure du processus de prise de décision. La solution de ce problème requiert certaines réformes limitées dans les règles de la prise de décision;

5. Les déficits résultent d'une défectuosité structurelle majeure qui nécessite une réforme radicale.

Dans cette joute rhétorique, ce sont les positions les plus alarmistes qui l'ont emporté auprès du public si bien que la discipline budgétaire et le contrôle des finances publiques sont devenus, dans les années 1990, un objectif prioritaire dans la plupart des pays de l'OCDE. En Suède, par exemple, le «programme de reconstruction» engagé depuis 1994, qui vise à mettre un terme au cycle des déficits budgétaires, a abaissé le niveau global des transferts au profit des ménages tout en alourdissant la pression fiscale. Au Royaume-Uni, l'effort de rigueur budgétaire est l'un des principaux facteurs qui affectent l'évolution des politiques sociales dans les années récentes. La Suisse et les États-Unis se sont aussi engagés dans un processus qui visait à l'équilibre budgétaire à moyen terme alors que les pays de l'Union européenne s'engageaient à limiter leur déficit budgétaire à la suite de l'accord de Maastricht. Dans la plupart des cas, l'assainissement budgétaire a imposé une réduction des dépenses afférentes aux programmes sociaux et aux programmes de santé publique en particulier. En effet, ces programmes absorbent une grande part du budget et on rencontre souvent l'argument selon lequel l'assainissement des finances publiques serait impossible sans réduction des dépenses de santé.

Sur ce plan, le Canada ne se distingue pas des autres pays de l'OCDE. La nécessité, reconnue déjà avant les années 1990, de modérer les dépenses de santé a tenu à la fois à la convergence de la pression externe et de quatre facteurs internes :

- La part croissante du budget total des provinces consacrée aux dépenses de santé : les coûts d'opportunité associés à une telle augmentation se traduisent notamment en une diminution des ressources allouées à d'autres services publics, comme l'éducation et le logement;

- La récession économique du début des années 1990 a réduit la capacité contributive des provinces;

- Le constat que le gonflement des dépenses de santé n'entraînait pas d'amélioration correspondante de l'état de santé de la population, en particulier quand on considérait des indicateurs comme le taux de mortalité infantile ou l'espérance de vie à la naissance;

- Le rang du Canada par rapport aux autres pays pour ce qui était des dépenses de santé. En 1987, l'OCDE classait le Canada au premier rang pour le volume des dépenses de santé par habitant parmi les pays dotés d'un système public de santé.

Il n'est pas surprenant que dans un tel contexte, les partisans de la privatisation du système de santé au Canada aient pu donner tant de visibilité à leur agenda.

L'agenda des partisans de la privatisation : réduire l'État en privatisant la santé

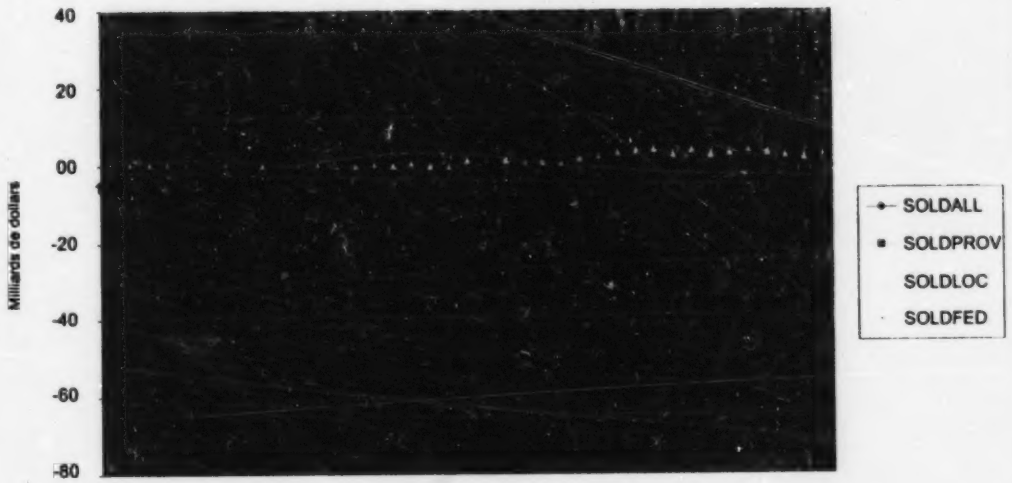
Au cours des années 1990, les gouvernements fédéral et provinciaux ont, à toutes fins utiles, adopté un agenda de droite. D'une part, ils partagent maintenant la conviction que l'équilibre budgétaire est une priorité absolue et leur expérience d'élimination du déficit les a convaincus qu'ils sont en mesure d'imposer cet agenda budgétaire. D'autre part, ils semblent avoir acquis la certitude que la diminution des taxes et des impôts et le remboursement de la dette sont essentiels à la croissance économique. La combinaison de ces deux éléments a eu pour effet de déstabiliser le système de santé en minant ses capacités financière, organisationnelle et épistémique au point où la viabilité du système est maintenant mise en cause.

Il y eut, en effet, réduction des dépenses de programme entre 1992 et 1997. À partir du choc qu'a subi le gouvernement de la Saskatchewan en 1992, les gouvernements fédéral et provinciaux, les uns après les autres, adoptèrent des mesures draconiennes de restriction des dépenses pour éliminer leur déficit budgétaire. Tant et si bien que, de près de 60 milliards de dollars qu'il était en 1993, le déficit combiné des administrations publiques au Canada avait complètement disparu en 1997 (figure 1). En 2001, seules la Colombie-Britannique et la Nouvelle Écosse sont encore aux prises avec un déficit budgétaire important. Parmi les 19 principaux pays de l'OCDE, le Canada est passé, durant cette période, du quatrième au premier quartile en ce qui concerne le solde budgétaire. Dorénavant, il est l'un des cinq pays ayant les soldes budgétaires annuels les plus élevés (Richards 2000).

Les compressions budgétaires qui ont rendu ce résultat possible ont touché presque tous les secteurs d'intervention. Au Québec, par exemple, durant la période de compression budgétaire (1995-1997), seul le budget du ministère de la Famille et de l'enfance fut épargné. Le budget du ministère de la Métropole fut diminué de 67 pour cent, celui du ministère des Transports de 40 pour cent et ceux des ministères du Conseil exécutif, du Revenu, et des Régions et affaires autochtones, de plus de 30 pour cent. Dans le domaine de la santé, les compressions ont été de 4 pour cent, soit une diminution 521 millions de dollars. En termes absolus, les autres secteurs les plus touchés furent l'éducation (-1 078 millions de dollars) et les transports (-621 millions de dollars). On peut peindre un tableau semblable pour la majorité des provinces durant la période 1992-1997[3].

Non seulement les gouvernements en place ont-ils adopté l'équilibre budgétaire comme priorité en comprimant leurs dépenses de façon importante, mais encore ils ont fait en sorte d'imposer cette priorité à leurs successeurs en adoptant des lois «anti-déficit» parfois sévères. En effet, à partir de 1993, six provinces se sont dotées de telles lois limitant la capacité des

Figure 1
Solde budgétaire des administrations publiques au Canada, 1961-1999



SOLDALL = toutes les administrations publiques
SOLDPROV = administrations provinciales
SOLDLOC = administrations locales
SOLDFED = administrations fédérales

gouvernements provinciaux futurs d'adopter des budgets déficitaires. Ces lois exigent l'équilibre budgétaire annuel dans certaines provinces, ou des plans budgétaires équilibrés à moyen terme dans d'autres. Quelques-unes de ces lois incluent aussi des mesures concrètes de remboursement de la dette accumulée. La loi du Manitoba prévoit même des pénalités si le budget est déficitaire : les salaires annuels des membres du Cabinet devront être réduits de 20 pour cent l'année qui suit un déficit réalisé, et de 40 pour cent si le déficit se maintient. Elle requiert en plus de faire approuver par référendum toute augmentation de l'impôt sur le revenu, de la taxe de vente ou des taxes sur la masse salariale (Millar 1997). Bref, un ensemble de mesures législatives est venu ajouter du poids à l'idée que l'équilibre budgétaire est devenu une priorité absolue.

Ainsi les gouvernements montraient qu'ils étaient capables d'imposer les mesures qu'impliquaient les objectifs d'équilibre budgétaire. Car, même si les restrictions budgétaires n'ont pas été sans causer d'importantes souffrances, elles n'ont provoqué que peu de réactions dans le public. Les contractions massives de personnel dans le secteur public et parapublic n'ont donné lieu qu'à de faibles réactions de la part des organisations syndicales. À l'aune des années 1970, la mobilisation syndicale a été anémique. Les syndicats des infirmières de la Saskatchewan et du Québec qui ont défié les lois provinciales sont vite rentrés dans le rang face à des gouvernements provinciaux résolus.

En plus des restrictions budgétaires et des lois anti-déficit, toutes les provinces et le fédéral ont décrété des baisses d'impôt ou de taxe (Ort et Perry 1999) et la plupart de ceux qui ont pu dégager des surplus budgétaires en ont consacré une partie au remboursement de leur dette.

Autrement dit, en plus de comprimer les dépenses, on a diminué les revenus gouvernementaux. La rhétorique officielle voulant que les restrictions budgétaires soient une intervention ponctuelle et que la diminution de services en découlant soit temporaire s'est avérée trompeuse. Car, en attaquant les revenus de l'État, on rendait difficile, sinon impossible, un retour aux niveaux précédents de dépenses.

Ces politiques de restrictions budgétaires n'ont pas manqué de perturber le système de santé en touchant directement sa capacité financière de répondre aux besoins. Les ressources budgétaires consacrées à la santé par les gouvernements provinciaux avaient augmenté en moyenne de 9,7 pour cent par année entre 1976 et 1991. Mais à partir de 1992, les gouvernements provinciaux commencèrent à ralentir leurs investissements dans la santé, si bien que, de 1993 à 1996, les dépenses per capita des gouvernements provinciaux dans le domaine de la santé ont diminué chaque année, passant de 1 700,90 $ par personne en 1992 à 1 651,72 $ en 1996 (une diminution de 2,9 pour cent). À partir de 1997, la tendance fut inversée mais en 2001, les dépenses de santé n'avaient pas encore repris le rythme de progression qu'elles avaient connu de 1976 à 1991 (voir le tableau 1). La sévérité de ces mesures de restriction budgétaire a varié d'une province à l'autre mais toutes, sauf Terre-Neuve, ont connu des diminutions absolues de leurs dépenses de santé, diminutions atteignant 8,9 pour cent en Alberta en 1994. À cet égard, l'Alberta se démarque clairement des autres provinces avec un indice de sévérité de 17,7 points qui la situe à 2,6 écarts-types au-dessus de la moyenne des provinces. Terre-Neuve et la Colombie Britannique sont les provinces où les restrictions budgétaires ont été les moins sévères durant cette période.

Tableau 1
Variations annuelles dans les dépenses de santé des gouvernements provinciaux, en dollars courants par habitant, par province (en pourcentage)

	1976-1991*	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998-2001**	Sévérité ***
Alberta	9,7	4,6	-2,6	-8,9	-6,2	3,3	8,6	9,5	17,7
Saskatchewan	10,7	-1,5	-6,2	1,1	1,8	2,1	6,4	7,1	7,7
Nouvelle-Écosse	10,0	1,0	-3,1	-3,5	1,6	0,8	17,4	4,9	6,6
Ontario	10,0	3,4	-2,2	-0,6	-2,3	-0,4	0,6	6,6	5,5
Québec	9,1	2,9	1,2	0,8	-0,4	-4,0	2,3	5,1	4,4
Île-du-Prince-Édouard	9,3	3,0	3,4	-3,3	0,5	3,8	-0,1	6,8	3,4
Nouveau-Brunswick	10,6	3,2	0,9	2,8	3,7	-0,2	-1,8	7,6	2,0
Manitoba	9,8	4,2	-1,1	-0,2	1,7	0,6	2,6	8,0	1,3
Colombie Britannique	9,9	5,6	3,0	3,2	0,2	-0,5	1,5	7,0	0,5
Terre-Neuve	9,4	2,2	0,0	3,5	3,8	1,3	5,8	8,6	0,0
Canada**	**9,7**	**3,4**	**-0,7**	**-0,3**	**-1,1**	**-0,8**	**2,6**	**6,7**	**4,9**

* Variation annuelle moyenne pour la période 1976-1991. Calculée par les auteurs.
** Variation annuelle moyenne pour la période 1998-2001 (les données pour 2000 et 2001 sont des prévisions). Calculée par les auteurs.
*** Indice de sévérité des compressions : somme des variations annuelles négatives (en points de pourcentage), 1992-1997. Calculé par les auteurs.
**** Moyenne pondérée, sauf pour l'indice de sévérité.
Source : Institut canadien d'information sur la santé, 4 janvier 2002, Tableau 10.

Comme dans un jeu de dominos, les coupures budgétaires ont entraîné de nombreux effets sur la capacité épistémique du système (notamment, une perte sèche d'expertise par la mise à la retraite anticipée du personnel infirmier le plus expérimenté) et sur la capacité organisationnelle (modification des rôles et des responsabilités des personnels restant en poste, diminution de la motivation des intervenants, nombreuses modifications dans les routines organisationnelles, réorganisations des structures, fermeture de lits d'hôpital, raccourcissement de la durée des séjours à l'hôpital, diminution de l'accès aux blocs opératoires, changements dans la structure du processus décisionnel par la régionalisation, etc.). Bref, c'est toute la capacité organisationnelle et épistémique du système de santé canadien qui fut ébranlée.

La conséquence est que la table est maintenant mise pour une privatisation des soins de santé au Canada. Car, comme le souligne Yannick Villedieu,

> il faut se demander qui a intérêt à dévaloriser le système public de santé? Qui trouve son compte à le déprécier et à le dénigrer systématiquement? Il faudrait donc chercher à savoir à qui diable pourrait profiter ce qui ressemble, au fond, bien plus à un complot ou même à une conspiration idéologique – la campagne pour la privatisation – qu'à une démonstration rigoureuse d'un inexorable échec du système public de santé (Villedieu 2002, 260)[4].

Les restrictions budgétaires ont désorganisé le système, imposant des pressions énormes sur la qualité et la quantité des services. Les diminutions de taxes et d'impôt et les remboursements de la dette ont limité la capacité des gouvernements d'injecter de nouveaux fonds pour réduire la crise. La conclusion semble couler de source : puisque le système actuel fonctionne mal et puisque les gouvernements n'ont pas les moyens financiers de résoudre le problème, il faut changer profondément le système de santé, trouver de nouvelles sources de financement, privatiser. C'est ainsi que l'agenda des partisans de la privatisation du système de santé au Canada a été mis en œuvre par les gouvernements provinciaux, bien que, paradoxalement, cet agenda renforce celui des partisans d'un affaiblissement des provinces au profit du fédéral.

L'agenda des partisans d'un renforcement du fédéral : affaiblir les gouvernements provinciaux en diminuant leurs revenus

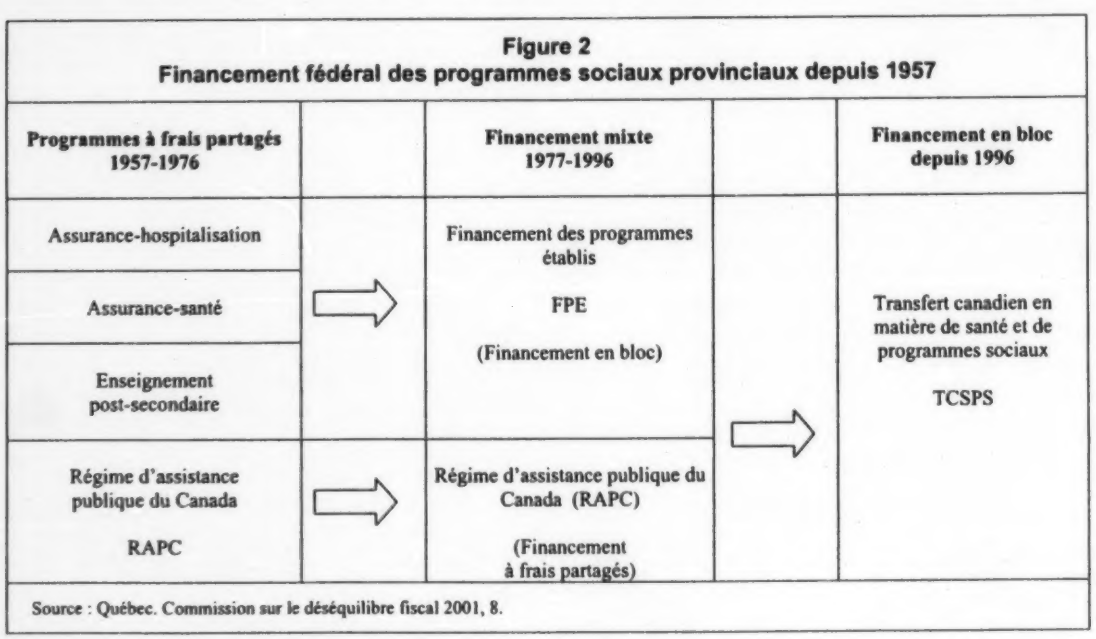
L'intense période d'élimination du déficit budgétaire au niveau provincial a coïncidé avec le traumatisme de la quasi-défaite du camp fédéraliste au référendum québécois de 1995. Plusieurs considérèrent alors qu'il fallait une action énergique de la part du gouvernement fédéral pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise. L'élimination du déficit budgétaire au niveau fédéral allait leur en fournir l'occasion puisqu'une part importante du budget fédéral consiste en transferts fiscaux aux provinces. Diminuer le niveau de ces transferts et les règles de distribution aurait pour effet d'affaiblir les gouvernements provinciaux en plus d'améliorer la position budgétaire du gouvernement fédéral.

L'effort du gouvernement fédéral visant à reprendre le contrôle de l'évolution des dépenses dans le domaine de la santé et des services sociaux ne date pas d'hier. En effet, depuis 1957, le gouvernement fédéral a apporté des modifications importantes au financement des programmes

sociaux provinciaux, changements quant à la structure des transferts et quant au niveau de financement.

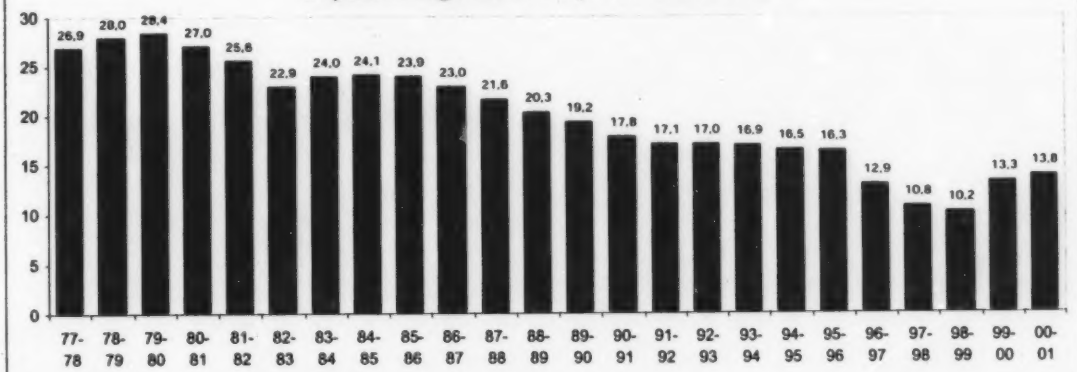
Les changements dans la structure des transferts se sont effectués en trois étapes. De programmes à frais partagés (où les coûts des programmes étaient partagés à parts égales entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux), on est graduellement passé à un «financement en bloc» (où le gouvernement fédéral détermine le montant qu'il va verser aux provinces, sans égard aux coûts). Lors de la création des principaux programmes sociaux au Canada (assurance-hospitalisation, assurance-santé, soutien du revenu, etc.), les gouvernements provinciaux ont échangé une partie de leurs compétences constitutionnelles en matière de santé et de services sociaux contre le financement fédéral. Ainsi, la définition de la structure et du contenu des programmes faisait l'objet d'une entente entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, et les deux ordres de gouvernement finançaient les programmes à parts égales, la part du fédéral étant versée sous forme de transferts fiscaux aux provinces et de cession de points d'impôt. La somme de ces transferts était donc fonction des coûts des programmes mis en place. Une première réforme de ce mode de financement eut lieu en 1976. Dorénavant, les transferts fédéraux dans le domaine de la santé et de l'éducation supérieure ne seraient plus basés sur les coûts des programmes mais sur un transfert «en bloc» calculé à partir des coûts tels qu'ils s'établissaient à l'époque. À partir de 1977, le financement se ferait en bloc pour les programmes dans les domaines de la santé et de l'éducation supérieure, et à frais partagés pour le Régime d'assistance publique. En 1996, une deuxième réforme du système de transferts fédéraux aux provinces pour les programmes sociaux transforma la dernière portion de financement à frais partagés en un financement en bloc, pour donner naissance au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), si bien qu'à partir de ce moment, les transferts fédéraux pour les programmes sociaux n'étaient plus déterminés par les

Figure 2
Financement fédéral des programmes sociaux provinciaux depuis 1957



Source : Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal 2001, 8.

Figure 3
Transferts fédéraux au titre de la santé,
en pourcentage des coûts provinciaux de santé



Source : Provincial and Territorial Ministers of Health 2000, 19.

coûts des programmes mais par une décision relevant exclusivement du gouvernement fédéral, la loi ne prévoyant aucun mécanisme formel d'indexation ou de prise en compte de l'évolution des coûts des programmes. Donc, même si à l'origine l'engagement du gouvernement fédéral était lié aux coûts des services rendus, il ne l'est plus maintenant.

Les changements dans le niveau de financement se sont faits de façon plus graduelle. En effet, les transferts fédéraux au chapitre de la santé représentaient 26,9 pour cent des coûts provinciaux de soins de santé en 1977-1978. Cette part est graduellement tombée à 16,3 pour cent au moment de la création du TCSPS. Les coupes sévères qui accompagnèrent ce changement amenèrent le pourcentage de financement par le fédéral à 10,2 pour cent en 1998-1999 (voir la figure 3). Une diminution de 62 pour cent sur 22 ans. Durant la même période, les coûts totaux des services de santé au Canada en dollars constants de 1997 passaient de 42 900 millions de dollars en 1978 à 87 240 millions de dollars en 1999, une croissance de 103 pour cent.

Les changements dans la structure comme dans le niveau du financement fédéral des programmes provinciaux de santé ont eu comme résultat d'accroître la marge de manœuvre du gouvernement fédéral et la pression budgétaire sur les gouvernements provinciaux. En séparant sa contribution de l'évolution des coûts de la santé, le fédéral se donnait le pouvoir d'établir seul le niveau de sa contribution. Quelle belle occasion pour les partisans d'un renforcement du gouvernement central d'affaiblir les provinces! Elles portaient l'odieux des restrictions budgétaires et le gouvernement fédéral en récoltait les bénéfices dans de plantureux surplus. Autrement dit, le coût électoral des politiques de restriction budgétaire n'était pas supporté par celui qui choisissait la politique. La joute verbale qui oppose les deux camps sur la question du renouvellement des transferts fédéraux à leur niveau d'avant l'élimination du déficit illustre cette situation. Les ténors fédéraux insistent pour inclure dans la contribution fédérale la valeur des points d'impôt cédés aux provinces au fil des ans, augmentant ainsi la part fédérale du financement des coûts de la santé et diminuant le manque à gagner puisque la valeur de ces

points d'impôt a crû plus ou moins au rythme du développement de l'économie. Pourtant il apparaît évident que l'inclusion des points d'impôt n'est qu'un artifice rhétorique. S'il faut vraiment en tenir compte pour établir la part réelle du financement fédéral, pourquoi s'arrêter aux accords fiscaux des années 1960 et 1970? Pourquoi ne pas remonter aux accords fiscaux de la Deuxième guerre mondiale, au moment où les provinces ont transféré massivement leur pouvoir de taxation au gouvernement fédéral? Comme le faisait remarquer le Premier ministre ontarien Leslie Frost lors de la conférence fédérale-provinciale de juillet 1960, les programmes à frais partagés, comme les programmes de transferts en général, sont un système par lequel le fédéral stimule l'appétit des provinces avec leur propre argent, l'argent qu'elles ont perdu depuis les accords fiscaux de la Deuxième guerre mondiale (Perry 1997, chap. 14). Dans le contexte actuel, les partisans d'un gouvernement central plus fort utilisent la situation budgétaire des gouvernements provinciaux et la marge de manœuvre budgétaire dégagée par le gouvernement fédéral grâce aux coupures dans les transferts aux provinces pour pousser leur agenda. Cet agenda consiste à assurer une plus grande visibilité du gouvernement fédéral auprès des électeurs ainsi que des pouvoirs plus importants aux agents de l'administration fédérale dans le domaine de la santé.

Conclusion

Les discussions concernant le système de santé au Canada se situent dans un contexte économique et politique tel que, en plus de l'agenda explicite de la réforme du système de santé en vue d'en améliorer l'efficacité, il y a des agendas cachés car plusieurs objectifs politiques sont poursuivis par les intervenants. D'abord, il y a les objectifs des partisans du démantèlement de l'État-providence qui cherchent à profiter des réformes du système de santé pour en privatiser la plus grande part possible. Ensuite, il y a les objectifs des partisans d'un accroissement des pouvoirs du fédéral par rapport aux provinces qui cherchent à profiter des réformes pour affaiblir les gouvernements provinciaux et ainsi asseoir l'hégémonie du fédéral dans le système politique canadien. L'impact direct de cette dynamique est un affaiblissement du système de santé dans ses capacités non seulement financière mais aussi organisationnelle et épistémique de répondre aux besoins de santé des générations présentes et d'assurer la survie du système pour les générations futures. Dans un tel contexte, la viabilité d'un système public de santé au Canada n'est pas assurée.

Mais une question s'impose à notre esprit à ce stade de notre réflexion. Comment a-t-on pu justifier une telle atteinte à la viabilité du système de santé canadien sur la seule base de la discipline budgétaire? Ou, en corollaire, comment les objectifs de protection de la capacité financière du système ont-ils pu faire oublier les capacités organisationnelle et épistémique? La prochaine section est consacrée à cette question fondamentale.

De la capacité financière aux capacités organisationnelle et épistémique : les enseignements de la théorie économique

La principale menace à la viabilité d'un système public de santé au Canada réside dans le fait qu'on se préoccupe trop de la capacité financière au détriment des capacités organisationnelle et épistémique du système. Dans cette section, nous soutenons que, pour réaliser l'importance de la capacité organisationnelle d'un système, il faut dépasser la théorie économique dominante, la théorie néo-classique, et adopter la perspective de la théorie de l'agence. De plus, pour tenir compte de la capacité épistémique, la théorie de l'agence doit être complétée par la théorie des conventions. C'est pourquoi nous exposons les bases de chacune de ces trois théories, de même que les réponses qu'elles suggèrent à la question de la viabilité d'un système public de santé au Canada[5].

La théorie néo-classique

La première caractéristique du modèle néo-classique est son recours au postulat de la rationalité substantielle, calculatrice et individualiste des agents économiques. Le modèle néo-classique est basé sur un deuxième postulat, celui de la coordination marchande des comportements individuels. Ce postulat a quatre implications importantes : 1) les décisions individuelles s'agrègent pour former l'offre et la demande; 2) les prix s'ajustent jusqu'au moment où les décisions individuelles deviennent compatibles dans l'ensemble; 3) le lieu de rencontre de ces décisions est le marché; 4) les entreprises, les organisations publiques ou les autres agrégats de personnes sont considérés comme des individus, chacun poursuivant un objectif unique. La conséquence de cette dernière implication est que l'on ignore complètement les relations entre les personnes qui composent l'agrégat.

Plusieurs analyses du système de santé s'inspirent de ce modèle. Elles présentent le patient comme un consommateur qui «demande» des services de santé ou comme un investisseur qui veut augmenter son capital de santé, le médecin comme un entrepreneur individuel qui «offre» des services de santé, l'hôpital comme une entreprise qui produit des services de santé en vue de répondre à la «demande» provenant des médecins et des patients, ou encore l'hôpital comme «bureau» représenté par un bureaucrate qui cherche à maximiser son budget discrétionnaire. Cette approche est à la base des recommandations visant à privatiser les soins de santé. Selon cette logique, on arrivera à la meilleure allocation possible des ressources dans le domaine de la santé si on laisse les patients, les médecins et les hôpitaux choisir les biens et les services qu'ils veulent demander ou offrir. Par l'interaction sans contrainte de l'offre et de la demande, le marché serait en mesure de produire un ensemble optimum de biens et de services de santé sans gaspillage.

La simplicité du modèle et la conviction de ses partisans de détenir la vérité en font un outil de persuasion très efficace. Mais le modèle néo-classique ne va pas sans problème. D'abord en ce qui concerne la nature du marché. Le modèle postule un marché de concurrence parfaite, ce qui est une fiction, tous les observateurs sérieux en conviennent. Plusieurs formulations de rechange ont été proposées mais il n'y a pas de consensus relatif à la nature du marché. Ensuite,

l'autonomie de la demande est niée du fait de l'asymétrie d'information entre le patient et son médecin. C'est ce dernier, nous l'avons vu, qui, par son diagnostic, détermine la nature de la demande. La demande est donc induite par l'offre. Par ailleurs, le modèle prévoit que les comportements seront coordonnés dans l'interaction de l'offre et de la demande par l'intermédiaire des prix, les prix résultant de cette interaction. Or les décisions qui engagent les dépenses de soins sont dissociées de la responsabilité financière et les tarifs sont administrés par l'intervention tutélaire de l'État. Donc le rôle des prix est grandement réduit. De plus, la considération de l'hôpital en tant qu'acteur individuel (hôpital-entreprise ou hôpital-bureaucratie) cache le fait que ce qui est considéré comme le choix ou le comportement de l'hôpital n'est pas le résultat d'un calcul rationnel mais de l'interaction entre les individus membres de ces organisations, individus qui ne partagent ni les mêmes intérêts ni la même information. L'artifice de l'unicité de l'hôpital en cache plus qu'il n'en montre. Enfin, le fait de définir en termes monétaires les ressources à allouer a pour effet de focaliser l'attention sur la capacité financière au détriment des capacités organisationnelle et épistémique. Bref, le modèle néo-classique souffre de sérieuses lacunes et ne suffit pas, en lui-même, pour guider les décisions publiques.

Au bout du compte, les applications du modèle néo-classique aux systèmes de santé consistent le plus souvent «à mettre en évidence, *d'une façon pragmatique*, l'inefficience du secteur public en comparaison avec un secteur privé idéal, vu *de façon purement théorique* » (Béjean 1994, 68, [italiques de l'auteur]). Dans le contexte des arbitrages politiques inévitables entre les divers intérêts en cause, ce discours théorique devient souvent un discours idéologique dont la fonction est d'affubler les propositions des partisans de la privatisation d'un manteau de rationalisme et de «vérité».

La théorie de l'agence et des incitations

En réponse à ces limites de la théorie néo-classique, la théorie de l'agence ou la théorie des contrats et des incitations, propose d'ouvrir la boîte noire et d'analyser ce qui s'y passe en insistant sur l'information vue comme source de profit pour qui la détient. L'abandon de la fiction théorique selon laquelle l'organisation se comporte comme un individu unique maximisateur de profit constitue la principale rupture avec la théorie néo-classique. La théorie de l'agence est construite sur trois postulats : 1) les décisions sont prises dans un contexte d'incertitude; 2) il y a asymétrie d'information (certains acteurs contrôlent l'information); 3) il y a divergence d'intérêt entre les acteurs (il n'y a pas toujours coïncidence entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif). Sur cette base, les rapports entre les acteurs d'une organisation sont vus comme des rapports d'agence, c'est-à-dire des rapports où l'une des parties, le *principal*, délègue son pouvoir décisionnel dans un secteur d'activité à une autre partie, l'*agent*. Ce dernier possède une information inconnue du premier. Cette asymétrie d'information donne un grand avantage à l'agent qui peut souvent imposer son agenda en choisissant l'information à dévoiler au principal. Ainsi, il peut lui cacher des informations relatives à son propre comportement. Le principal peut alors douter de l'effort que fera l'agent pour satisfaire ses intérêts. C'est ce qu'on appelle le «risque moral» (*moral hazard*). L'agent peut aussi cacher des informations relatives aux caractéristiques du bien santé (coût, qualité, probabilité d'accident, etc.), ce qui peut conduire le principal à prendre de mauvaises décisions (choisir des biens ou des services qui ne servent pas

ses objectifs d'efficience). C'est ce qu'on appelle le risque de sélection adverse. La non révélation de la «vérité» par l'agent conduit le principal à faire des efforts pour se réapproprier l'information d'où des contrats-incitatifs visant à convaincre l'agent de révéler la vérité : contrats de performance, bonus-malus liés aux résultats, etc.

En matière de politique publique, l'apport le plus important de la théorie de l'agence est de montrer que la régulation du système public de santé ne doit pas reposer sur des prix ni sur des contraintes mais sur des incitations. L'objectif visé est que les agents se comportent dans le sens des intérêts du principal, non pas parce qu'ils y sont obligés, mais parce qu'ils y ont intérêt. Certaines réformes du système de santé sont d'ailleurs conformes aux recommandations des approches en termes d'agence comme, par exemple, l'instauration de règles d'attribution du budget qui «intéressent» les gestionnaires et les offreurs de soins en général, au résultat de l'action qui leur est déléguée. C'est cette approche qui est la plus utile pour justifier les recommandations des partisans d'un renforcement du fédéral. Le gouvernement fédéral, comme «principal», est ainsi en droit d'exercer un contrôle sur les gouvernements provinciaux, les «agents», pour éviter le «risque moral» de voir les provinces adopter après coup des politiques ne correspondant pas à ses priorités.

Mais l'approche en termes d'agence pose au moins trois problèmes assez importants pour qu'on cherche à la compléter par une autre. Le premier de ces problèmes est partagé avec le modèle néo-classique : le «postulat héroïque de la rationalité substantielle», qui exige de l'acteur une capacité de calcul phénoménale, est irréaliste (Simon 1978). En effet, l'efficacité des contrats incitatifs est liée à la capacité du principal et de l'agent de «calculer» les résultats à long terme de tous les «états du monde» possibles en vue de choisir celui qui favorise le plus son bien-être. L'être humain n'a tout simplement pas les capacités cognitives nécessaires pour faire une telle évaluation de ses choix en termes de leurs résultats. Il y a, à la fois, trop d'incertitudes pour se faire une idée exacte de la réalité et trop d'informations pour qu'il soit possible au cerveau humain de la traiter complètement, d'où la nécessité de mécanismes de simplification. Le deuxième problème est lié au fait que le postulat de rationalité substantielle pose l'intérêt personnel comme guide ultime de la décision et refuse les comportements philanthropiques, éthiques ou équitables de la part des acteurs. Or nous savons non seulement que ces comportements existent mais encore qu'ils ont une très grande importance dans le domaine de la santé. Les écarter de l'analyse risque de nous faire négliger une dimension essentielle de la capacité organisationnelle d'un système : celle de susciter l'adhésion aux normes. Le troisième problème de l'approche de l'agence est qu'elle identifie un «bon» et un «méchant» dans l'organisation. L'«agent» est le mauvais qui refuse de révéler la vérité et le «principal» est le bon qui ne cherche que la vérité. Les applications positives de la théorie de l'agence sont moins susceptibles de souffrir de ce problème puisqu'elles regardent toutes les relations à l'intérieur d'une organisation comme des relations d'agence. Ainsi, le même acteur, le gestionnaire d'hôpital par exemple, est l'agent dans la relation ministère-hôpital, mais il est le principal dans la relation hôpital-médecin. L'analyse normative de l'agence ne s'embête pas toujours de ces subtilités et identifie parfois vite un coupable, un «agent» (bureaucrate, médecin ou même gouvernement provincial) qui, sciemment, cache des informations pour servir ses intérêts égoïstes. Quand un tel discours prévaut, comment maintenir la confiance et la motivation qui sont au cœur de la capacité épistémique du système de santé? Trois problèmes donc qui appellent une nouvelle approche théorique basée sur la rationalité procédurale : la théorie des conventions.

La théorie des conventions

La théorie des conventions s'éloigne de façon importante de la théorie de l'agence en ce qu'elle abandonne le postulat de la rationalité substantielle pour celui de la rationalité procédurale. Ce passage de la rationalité substantielle à la rationalité procédurale permet de tenir compte de la rationalité émotionnelle du patient, du respect de l'éthique professionnelle par le médecin et de l'équité comme principe fondateur du système de couverture du risque maladie. Il permet en outre de tenir compte du savoir acquis par apprentissage à l'intérieur des organisations et des rapports de confiance sur lesquels ce savoir s'appuie. Toutes ces caractéristiques contribuent à la capacité épistémique d'un système.

L'acteur conçu par l'approche conventionnaliste n'est ni l'*homo sociologicus* dont le comportement serait prédéterminé par les normes et coutumes qu'il a intégrées au cours du processus de socialisation, ni l'*homo oeconomicus* qui serait complètement motivé par la seule maximisation de ses fins. Il se situe entre les deux. Son comportement est guidé par des règles-conventions, c'est-à-dire des «systèmes d'attentes réciproques sur les compétences et les comportements» (Salais 1989, 213, cité dans Béjean 1994, 268). Les conventions sont des méta-règles, certaines explicites et codifiées (comme les codes de déontologie ou les processus de contrôle par les ordres professionnels), d'autres implicites et parfois spontanées (comme les rapports de confiance qui souvent s'instaurent entre administrateurs et administrés dans le processus budgétaire) qui sont élaborées au cours d'un long processus d'interaction entre les acteurs d'une organisation et qui servent de «dispositif cognitif collectif» (Favereau 1989; 1993, cité dans Béjean 1994, 270) permettant une économie de savoir. Vu le flot d'informations qui submerge les membres d'une organisation et à cause de leurs limites cognitives, des règles-conventions s'élaborent pour simplifier le traitement de cette information par l'établissement de routines et par la définition de rôles pour les principaux acteurs impliqués. Les conventions font donc partie des ressources d'une organisation puisqu'elles augmentent sa capacité épistémique (capacité de répondre à l'incertitude) et sa capacité organisationnelle car, construites par un processus d'apprentissage basé sur la confiance, elles en renforcent la cohésion.

La théorie des conventions appliquée à l'économie de la santé identifie deux conventions au cœur du système de santé : une convention d'activité, qui régule la relation entre l'État et le médecin, et une convention de qualité, qui régule la relation médecin-patient[6].

La littérature sur les processus budgétaires permet d'identifier une troisième convention dont l'importance est particulièrement grande quand il s'agit, comme ici, de prendre en compte l'environnement budgétaire : la convention budgétaire (Wildavsky 1964; 1975; 1988). Cette convention régule la relation entre les pourvoyeurs (*guardians*) et les demandeurs (*spenders*) de budgets à l'intérieur d'une organisation en prévoyant un partage de responsabilité entre les uns et les autres. Ainsi le pourvoyeur se préoccupe principalement de l'ensemble du budget pour s'assurer que les allocations budgétaires respectent les règles de l'organisation, en particulier celles qui concernent les déficits. En veillant au budget, le pourvoyeur ne se préoccupe pas des services offerts par son organisation car il sait que le demandeur s'en charge. En effet, le demandeur se préoccupe d'abord de la qualité et de la quantité des services produits et offerts sous sa gouverne et il fixe ses demandes budgétaires en conséquence, sans se soucier de l'ensemble du budget, sachant que le pourvoyeur y veille. Les pourvoyeurs ont plusieurs raisons

de limiter les dépenses. S'il y a déficit ou mauvaise gestion, ils seront les premières cibles des critiques. Par ailleurs leur recherche de pouvoir ne peut être satisfaite par une croissance des dépenses de leur unité mais par leur contrôle sur les dépenses des autres unités. Les demandeurs ont leurs propres raisons d'accroître la quantité et la qualité des services offerts et donc d'accroître leur budget. Il est plus facile de gérer un budget en hausse qu'un budget en baisse, car il est plus facile de distribuer à tous des ressources supplémentaires que de devoir choisir qui, dans son service, recevra des ressources supplémentaires et qui n'en recevra pas (ou qui en perdra). Par ailleurs, le prestige d'un chef de service est lié, vers l'aval, à sa capacité de répondre aux demandes de ses commettants et, en amont, à la part du budget total qu'il peut obtenir. Le demandeur cherchera donc à augmenter son budget. La confiance est très importante dans l'interaction entre pourvoyeurs et demandeurs. Elle se construit sur les décisions passées, donc sur l'apprentissage. Sans confiance, les pourvoyeurs vont imposer des contrôles sévères, encourageant ainsi l'évasion des demandeurs vers d'autres sources. Sans confiance, les demandeurs vont s'engager dans des surévaluations grossières des besoins pour s'assurer du minimum, encourageant ainsi les pourvoyeurs à imposer des contrôles plus stricts. En résumé, la convention budgétaire prévoit un partage des responsabilités entre pourvoyeurs et demandeurs de ressources financières associé à des mécanismes de contrôle et à des sanctions visant à dissuader les abus potentiels. Tant que la confiance règne entre pourvoyeurs et demandeurs, l'organisation économise les coûts de la non-coopération : coûts de contrôles additionnels pour les pourvoyeurs, coûts de lobbying et de recherche d'autres sources de financement pour les demandeurs.

À la réflexion, on peut aussi concevoir le fédéralisme fiscal au Canada comme une convention budgétaire qui régule la relation entre le fédéral-pourvoyeur et le provincial-demandeur. Tant que le partage des responsabilités entre les acteurs est respecté (le pourvoyeur se préoccupe de l'ensemble du budget et le demandeur, de la qualité et de la quantité des soins de santé) et tant que la confiance règne entre eux, la société dans son ensemble économise les coûts de la non-coopération. De ce point de vue, l'agenda des partisans d'un renforcement du gouvernement fédéral risque de briser cette convention et, par conséquent, d'ajouter aux coûts du système de santé lui-même les coûts de la non-coopération. Si le fédéralisme fiscal, comme convention, ne fonctionne pas correctement, les élites provinciales doivent consacrer une partie importante de leurs ressources (financières, organisationnelles et épistémiques) à faire du lobbying auprès du gouvernement fédéral ou à rechercher des sources alternatives de financement. Ainsi utilisées, ces ressources ne sont plus disponibles pour élaborer des réformes susceptibles d'augmenter la qualité et la quantité des services de santé.

Par ailleurs, on peut se demander si les cinq conditions liées à la loi fédérale sur la santé (universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique) ne constituent pas une convention entre l'État fédéral et les contribuables canadiens. Par cette convention, l'État connaît les préférences des contribuables (un système de santé qui répond à ces critères) et le niveau de taxation qu'ils sont prêts à supporter. En échange du respect des cinq principes de la loi, le contribuable est prêt à payer les taxes et impôts que leur application implique. Tant que la confiance règne entre l'État fédéral et les contribuables sur cette question, la convention épargne à la société les coûts liés aux risques de resquillage (*free rider*) qu'entraînerait une méconnaissance du niveau réel de taxation que le contribuable est prêt à supporter, et au risque

moral que devraient subir les contribuables pour connaître les véritables intentions du gouvernement.

La prise en compte de l'existence de ces trois conventions dans le système de santé nous permet de réaliser que les règles-contrats (qui incitent, par exemple, le médecin à révéler l'information qu'il détient aux pouvoirs publics et aux patients ou, autre exemple, qui lient le salaire d'un gestionnaire à l'atteinte des objectifs budgétaires) et les règles-contraintes (qui instaurent, par exemple, un rationnement susceptible d'assurer la maîtrise des dépenses) sont efficaces dans la mesure où elles ne menacent pas les conventions qui existent dans le système de santé. Comme le souligne Béjean, «l'économie des conventions ne remet pas en cause globalement l'économie de marché, ni la coordination contractuelle des décisions individuelles, mais postule que leur efficacité est conditionnée par ces principes [les conventions]» (Béjean 1994, 296). L'objectif de maîtrise des dépenses ou de contrôle des coûts ne doit pas être recherché au détriment des intérêts du patient, du médecin, ni du gestionnaire, ou, autrement dit, le renforcement de la capacité financière ne doit pas se faire au détriment des capacités organisationnelle et épistémique. Les coûts engendrés par une brisure dans la confiance liant les acteurs du système de santé risquent de dépasser largement les économies que pourrait entraîner un ensemble de règles imposées sans égard aux conventions établies.

Conclusion : simplicité ou réalisme

Quelle théorie faut-il retenir? La réponse standard, dominante en économie, est de retenir la théorie qui a le plus grand pouvoir prédictif (Friedman 1953). Suivant cette position, l'irréalisme des postulats comportementaux est de peu d'importance tant que la théorie permet de déduire des hypothèses soutenues par l'observation empirique systématique. Plus le nombre de ces hypothèses est élevé, plus le pouvoir prédictif de la théorie est grand. Cette position est acceptable dans le contexte de la recherche scientifique mais elle est moralement indéfendable quand il s'agit d'appliquer des politiques publiques. En effet, la recherche scientifique produit beaucoup plus de résultats qui infirment les hypothèses que de résultats qui les confirment. Par exemple, dans leur méta-analyse, Imbeau, Pétry et Lamari (2001), ont montré que les 693 résultats empiriques qu'ils ont analysés ne soutiennent l'hypothèse que dans 20 pour cent des cas. Et ces conclusions ne concernent que les résultats publiés dans les revues savantes! Sommes-nous prêts à assumer un tel risque d'erreur dans la réforme du système de santé quand nous savons pertinemment que les postulats de base d'une théorie sont beaucoup moins réalistes que ceux d'une autre? Appliquer le critère du pouvoir prédictif dans le choix d'une théorie en vue d'éclairer des décisions de politiques publiques revient à faire une expérience sur une population pour valider la théorie. Quand la «quasi-expérience» du «test empirique» (caractéristique de la recherche sociale) est remplacée par une expérience réelle sur des sujets humains (caractéristique de la politique publique), le critère du pouvoir prédictif de la théorie doit céder le pas à celui du réalisme lorsqu'il faut choisir entre des théories qui ne conduisent pas aux mêmes recommandations. Au bout du compte, il ne s'agit pas de choisir une théorie et d'écarter les autres. La complexité des systèmes sociaux nous invite à nous prémunir autant que possible contre ce genre de dogmatisme. Car les théories se complètent en ce qu'elles mettent en évidence chacune une partie différente de la réalité. Si nous nous limitons aux conclusions de la théorie néo-classique, nous risquons de négliger une partie importante de la capacité du système

de santé de répondre aux besoins de santé des Canadiens, nommément sa capacité organisationnelle et sa capacité épistémique.

Conclusion générale

Notre réflexion sur la viabilité du système de santé au Canada et sur le contexte économique et politique actuel nous amène à modifier sensiblement notre question de départ qui devient celle-ci :

> De quelle façon le contexte international de discipline budgétaire et l'existence de deux agendas politiques chez les intervenants dans les discussions concernant la réforme du système de santé au Canada sont-ils susceptibles d'avoir un impact sur les ressources financières, organisationnelles et épistémiques nécessaires pour assurer une réponse satisfaisante aux besoins de santé des générations actuelles et futures?

De la discussion qui précède découlent cinq constats et cinq recommandations.

Constats

1. La gestion correcte des ressources financières du système de santé est nécessaire mais non suffisante pour assurer sa viabilité. L'expérience budgétaire des dix dernières années au Canada nous a entraînés à focaliser sur les ressources financières. Ce faisant, nous avons souvent oublié les capacités organisationnelle et épistémique du système. Seule une gestion intégrée de l'ensemble des capacités du système de santé peut nous prémunir contre des effets pervers insupportables. Toute modification de la gestion financière doit être évaluée en fonction de ses impacts sur les capacités organisationnelle et épistémique du système.

2. Trop de discipline budgétaire peut être contre-productif. Quand il faut y recourir, les règles budgétaires doivent, autant que possible, faire appel à l'incitation plutôt qu'à la coercition. Les règles coercitives impliquent des coûts de monitoring qui sont superflus lorsque les agents ont un intérêt personnel à adopter la ligne de conduite recherchée par la règle.

3. La confiance est la pierre angulaire du système de santé. Quelles que soient les mesures adoptées pour améliorer le système de santé, les règles que l'on impose pour assurer une meilleure efficacité doivent absolument épargner la confiance qui existe entre les principaux acteurs du système : les patients, les médecins et autres professionnels, et les gestionnaires, sous peine d'une augmentation inutile des coûts de monitoring. La voie la moins coûteuse et la plus efficace pour réformer le système de santé et en assurer la viabilité est celle du respect des conventions qui lient les principaux acteurs du système. Ignorer ces conventions ne peut qu'en menacer la viabilité.

4. Il y a des risques de perturbation dans la convention budgétaire au Canada, tant à l'intérieur des organisations sanitaires que dans les relations fédérales-provinciales. À force d'obliger les demandeurs de budgets à jouer le rôle de pourvoyeurs et à se préoccuper plus d'équilibre budgétaire que de qualité des services, on risque de trop les éloigner de leur rôle premier qui consiste à améliorer la qualité et la quantité des soins.

5. Parce que les capacités organisationnelle et épistémique sont nécessaires à la viabilité du système de santé, il est essentiel d'associer à la prise de décision, des spécialistes venant d'autres horizons que l'économie et la comptabilité (spécialistes de la santé et spécialistes des systèmes sociaux). De plus en plus, nous confions à nos comptables le soin de décider de la nature, de la quantité et du mélange de services à offrir, sans nous demander s'ils en ont la compétence. Avec les meilleures intentions, ils risquent d'affaiblir les capacités organisationnelle et épistémique du système et ainsi de le mener à sa perte. Ce ne serait pas la première fois que des apprentis-sorciers créent le chaos en voulant mettre de l'ordre dans la maison.

Recommandations

1. Rétablir prioritairement et rapidement le niveau de financement du système de santé provenant du gouvernement fédéral en consacrant les surplus budgétaires à la santé avant le remboursement de la dette et les baisses d'impôt. On augmentera ainsi la capacité du système de répondre aux besoins de santé de la population.

2. Réaffirmer sans ambiguïté les cinq valeurs fondamentales du système de santé canadien (universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique) et continuer d'en faire la condition essentielle du financement fédéral aux gouvernements provinciaux. On protégera ainsi la confiance du public dans les institutions politiques et dans le système de santé.

3. Favoriser le TCSPS comme outil de financement du système de santé plutôt que le transfert de points d'impôt. Le gouvernement fédéral conservera ainsi un levier pour faire pression sur l'évolution du système de santé dans les provinces.

4. Favoriser la recherche sur la convention budgétaire dans les organisations sanitaires en vue d'identifier les meilleures façons d'assurer une allocation optimum des ressources financières qui ne se fasse pas au détriment de la capacité organisationnelle et épistémique, et d'augmenter la confiance des gestionnaires et des intervenants de la santé à l'intérieur de ces organisations.

5. Soutenir la recherche sociale sur le système de santé, en particulier sur l'interaction entre les capacités financière, organisationnelle et épistémique.

Notes

1 Reconnaissant cette double acception, l'Association médicale canadienne utilise deux traductions du terme «sustainability» : «En français, pour traduire "sustainable" dans le contexte du secteur de la santé, nous emploierons tantôt "durable" (santé durable), tantôt "viable" (système de santé viable). L'adjectif "viable" incorpore en effet les notions de durabilité et de développement» (AMC 2000, 1).

2 *«Development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs»* (Harrison 2000, 2).

3 Bruce, Kneebone et McKenzie (1997) ont publié une intéressante étude de l'expérience albertaine d'élimination du déficit public. Pour une description de la politique d'élimination du déficit au Québec, voir Imbeau et Leclerc (2002). Pour une comparaison des expériences de l'Alberta, de la Colombie Britannique et de la Saskatchewan, voir Imbeau 2000.

4 Sur le même thème, voir Forest (2002).

5 La présentation des théories économiques que nous proposons dans cette section est librement inspirée de celle de S. Béjean dont l'éclairante synthèse nous a été précieuse.

6 Pour une description de ces deux conventions, voir Béjean (1994), 272-285.

Bibliographie

Aballea, F. 1987. *Le besoin de la santé. Les déterminants sociaux de la consommation*. Vanves, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.

Advisory Council on Intergovernmental Relations. 1987. *Fiscal Discipline in the Federal System: National Reform and the Experience of the States*. Washington, DC. Advisory Council on Intergovernmental Relations.

Association médicale canadienne. 2001. *À la recherche de la viabilité : perspectives pour le système de santé du Canada.* Ottawa, Association médicale canadienne.

Béjean, S. 1994. *Économie du système de santé : Du marché à l'organisation*. Paris, Economica.

Bruce, C., R. D. Kneebone et K. J. McKenzie (dir.). 1997. *A Government Reinvented: A Study of Alberta's Deficit Elimination Program*. Toronto, Oxford University Press.

Desjardins, J. R. 1993. *Environmental Ethics. An Introduction to Environmental Philosophy*. Belmont, Wadsworth Publishing Company.

Favereau, O. 1993. L'incomplétude n'est pas le problème c'est la solution. Communication au colloque de Cerisy *Limitation de la rationalité et constitution du collectif,* Cerisy, 5-12 juin.

_____. 1989. Marchés internes, marchés externes, *Revue Économique* 40 (2).

Forest, Pierre-Gerlier. 2002. Santé? La grande offensive des partisans de la privatisation, dans *Québec 2001 – Annuaire politique, social, économique et culturel*, sous la direction de Roch Côté. Montréal, Fides, p. 325-340.

Friedman, M. 1953. The Methodology of Positive Economics, dans *Essays in Positive Economics*, sous la direction de M. Friedman. Chicago, University of Chicago Press, p. 4-14.

Harrison, N. E. 2000. *Constructing Sustainable Development*. New York, State University of New York Press.

Imbeau, L. M. 2000. Guardians and Advocates in Deficit Elimination: Government Intervention in the Budgetary Process in Three Canadian Provinces, dans *Canada Observed: Perspectives from Abroad and from Within*, sous la direction de J. Kleist et S. Huffman. New York, Peter Lang, p. 145-156.

Imbeau, L. M. et M. Leclerc. 2002. L'élimination du déficit budgétaire au Québec : contexte et réalisation d'un engagement électoral, dans *Les engagements électoraux du parti québécois*, sous la direction de F. Pétry. Québec, Presses de l'Université Laval.

Imbeau, L. M., F. Pétry et M. Lamari. 2001. Left Right Party Ideology and Public Policy: A Meta-analysis, *European Journal of Political Research* 40(1), 1-29.

Institut canadien d'information sur la santé. 4 janvier 2002. *Communiqués*, Tableau 10.

Millar, J. 1997. *The Effect of Budget Rules on Fiscal Performance and Macroeconomic Stabilization.* Ottawa, Bank of Canada, n° 49.

Moreau, Y., M. Berthod-Wurmser et Ch. Béchon. 1992. *Dépenses de santé; un regard international.* Paris, Ministère des affaires sociales et de l'intégration.

Ort, D. L. et D. B. Perry. 1999. Provincial Budget Roundup, *Canadian Tax Journal* 47(5), 1194-1213.

Perry, D. B. 1997. Provincial Budget Roundup, *Canadian Tax Journal* 45(3), 451-472.

Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal. 2001. *Les programmes de transferts fédéraux aux provinces*. Montréal, Commission sur le déséquilibre fiscal, Document d'information pour la consultation publique.

Richard, M. 1980. *Besoins et désir en société de consommation*. Lyon, Chronique sociale.

Richards, J. 2000. *Now That the Coat Fits the Cloth... Spending Wisely in a Trimmed-Down Age*. Toronto, C. D. Howe Institute, n° 50.

Salais, R. 1989. L'analyse économique des conventions de travail, *Revue économique* 40(2), 199-240.

Simon, H. A. 1978. Rationality as process and as product of thought, *American Economic Review* 68(2), 1-16.

Villedieu, Yannick. 2002. *Un jour la santé.* Montréal, Boréal.

Wildavsky, A. 1988. *The New Politics of the Budgetary Process.* New York, Harper Collins Publishers.

____. 1975. *Budgeting: A Comparative Theory of Budgetary Processes*. Boston/Toronto, Little, Brown & Company.

____. 1964. *The politics of the budgetary process*. Boston/Toronto, Little, Brown & Company.